

# 問 診 票 (甲状腺疾患)

年 月 日	(ふりがな) お名前
-------	---------------

以下の質問にお答えください。

(1) どのような症状がありますか？

- |                                  |                                  |                                      |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 動悸      | <input type="checkbox"/> 息切れ     | <input type="checkbox"/> めまい         |
| <input type="checkbox"/> 微熱      | <input type="checkbox"/> むくみ     | <input type="checkbox"/> 倦怠感 (体がだるい) |
| <input type="checkbox"/> 汗をかきやすい | <input type="checkbox"/> 汗をかきにくい | <input type="checkbox"/> のどのしこり      |
| <input type="checkbox"/> のどのつかえ  | <input type="checkbox"/> のどの痛み   | <input type="checkbox"/> 声のかすれ       |
| <input type="checkbox"/> 体重 減少   | <input type="checkbox"/> 体重 増加   |                                      |
| <input type="checkbox"/> その他 (   |                                  | )                                    |

いつ頃からこの症状がありましたか？

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時頃から

今 (来院時) もこの症状がありますか？

- あり                       なし

この症状で他の医療機関の診察を受けたことがありますか？

- あり                       なし

『あり』の場合 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日頃

医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )

(2) 家族に甲状腺疾患はありますか？

- あり                       なし

『あり』の場合 病名 ( \_\_\_\_\_ )

