

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) いっごろから、どのような症状がありますか？ 年 月 日頃から

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <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 <u>減少</u> | <input type="checkbox"/> 体重 <u>増加</u> | |

その他 ()
今 (来院時) もこの症状がありますか？ はい いいえ

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？

はい 年 月 日頃 いいえ

医療機関名 ()
(2) 家族に甲状腺疾患はありますか？ はい いいえ

『はい』の場合 病名 ()

(3) 甲状腺疾患以外に治療中の病気や手術歴はありますか？当てはまるもの 全て に印をつけてください。(複数回答可)

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 胃腸 |
| <input type="checkbox"/> 心臓 | <input type="checkbox"/> 腎臓 | <input type="checkbox"/> 肝臓 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

治療中の方 年 月頃から

医療機関名 ()

手術を受けられた方 年 月頃

手術名 ()

医療機関名 ()

内服中の薬はありますか？ はい いいえ

『はい』の場合 → 薬手帳あり → 手帳を提出下さい。

薬手帳なし 薬剤 ()

(4) 薬・食品に対するアレルギーはありますか？ はい いいえ
『はい』の場合 薬剤名 ()
食品名 ()

(5) アルコールを飲みますか？ 飲む 飲まない
『飲む』場合 種類 () 1日量 ()

(6) タバコを吸いますか？ 吸う 吸わない
『吸う』場合 1日 () 本を () 年間

(7) 女性の方のみ
現在、妊娠中・授乳中または妊娠の可能性はありますか？ いいえ
 妊娠中 () 週 授乳中
 妊娠の可能性あり
最終生理 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年

(8) マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ

(9) この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？
 はい いいえ
受診時期 ()
指摘項目 ()

(10) 他の医療機関からの紹介状はありますか？ はい いいえ

ありがとうございました。