

甲状腺問診票

初診の方は診療にお時間がかかることをご了承ください。

記入日 年 月 日

ふりがな	身長(おおよそ)	cm
氏名	今日の体重	kg
ご職業	生年月日	年 月 日
住所〒	今日の血圧(上/下)、脈	
電話番号	/ 、 血圧、体重計が無ければクリニック で測定して下さい。	

各種書類(薬手帳、紹介状、身体障害者手帳、医療減額証など)お持ちであればご提出願います。

次の(1)~(9)の問診にお答えください。

適切な診療のために、できるだけ詳しく記載してください。

(1) 今日はどうような症状、きっかけで受診されましたか。

受診のきっかけ ()

どのような症状がありますか。当てはまるものに○してください。

甲状腺の腫れ	甲状腺の違和感	頸部の痛み	嚥下時の違和感
動悸	脈が速い	脈が遅い	胸が苦しい
息切れ	汗をかきやすい	乾燥肌	むくみ
食欲亢進	腹痛	下痢	便秘
イライラする	集中力低下	意欲低下	寒がり
手のふるえ	眠れない	眠気が強い	月経異常
目の突出	体重変化あり(月で kg 増・減)		

その他 ()

上記の症状はいつ頃からですか。 (日前 / ヶ月前 / 年前)

本日ききたいことはありますか。

(2) 甲状腺の病気の治療経験について教えてください。

他院に通院したことがありますか。当てはまるものに○してください。

はい	病院名:
いいえ	病名: バセドウ病 橋本病 甲状腺腫瘍
	その他 () 診断年齢: 歳
	診断きっかけ:

甲状腺のお薬を飲んだことがありますか。

はい	飲み始めた年齢 (歳頃)
	内容をお書きください。
いいえ	()

裏面もあります

(3) 生活習慣について教えてください。

海藻類（昆布、わかめ、もずく、ひじき等）や寒天をどのくらい食べますか。

毎日たくさん 控えている 意識していない ほぼ食べない

イソジンのうがい薬（ポピドンヨード）を使用していますか。

していない たまにする 毎日する

サプリメントや健康食品を摂取していますか。

していない している （内容： ）

(4) ご家族（血縁者）に甲状腺の病気の方はいますか。○をしてください。

バセドウ病 父 母 きょうだい 祖父 祖母 おじ おば 他（ ）

橋本病 父 母 きょうだい 祖父 祖母 おじ おば 他（ ）

甲状腺腫瘍 父 母 きょうだい 祖父 祖母 おじ おば 他（ ）

その他（ ）

(5) 今までにかかった病気、または現在かかっている病気はありますか。

いいえ はい

病名：
入院歴： なし あり 病院名（ ）
いつ頃（ ）
現在も飲んでいる薬： お薬手帳ご持参の方は記入不要です。

喘息がある場合は必ず記入願います

(6) タバコは吸ったことがありますか。ある場合は時期と本数を教えてください。

いいえ はい

今も吸っている	1日	本（ 歳から）
今は吸っていない	1日	本（ 歳から 歳まで）

(7) お薬や食べ物のアレルギーはありますか。ある場合は内容も教えてください。

いいえ はい

お薬：
食べ物：

(8) 下記のうち、年1回以上定期検査を行っているものについて教えてください。

検査項目	年1回以上定期検査	異常
心電図	していない ・ している	なし ・ あり
骨密度測定	していない ・ している	なし ・ あり

(9) 女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか いいえ はい

妊娠予定、希望はありますか いいえ はい

流産の経験はありますか いいえ はい

本日月経中ですか いいえ はい

現在授乳中ですか いいえ はい

出産予定日	月	日
現在第	週	
妊娠前の体重		kg

ご記入ありがとうございました。ご来院時に受付にご提出願います。

