

■ 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		保険証の提示方法 (○で囲む)	身長 (おおよそ)
氏名		マイナ / 保険証 / その他	cm
			今日の体重
職業		生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	今日の血圧 (上/下)、脈 / ,
住所	〒 _____		
電話番号	自宅 携帯	※血圧計、体重計が無ければ クリニックで測定して下さい。	

☆ 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) 今日はどのような症状、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 (_____ ヶ月で _____ 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:			
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:			

● 甲状腺のお薬を現在飲んでいる

いいえ はい 過去に服用していた

薬の名前 (_____)	飲み薬を開始した年齢: _____ 歳
----------------	---------------------

※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

※喘息がある場合は
必ず記入願います

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。

(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　　⇒　　（ 出産予定日　　月　　日 ）
- 妊娠予定、希望はありますか 　　いいえ　　はい　　（ 現在第　　週 ）
- 流産の経験はありますか 　　いいえ　　はい　　（ 妊娠前の体重　　kg ）
- 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

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。



お知らせ（2024.6.1～）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 医療情報取得加算（初診時）加算1：3点/加算2：1点（マイナ利用）