

# ■ 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		今日の血圧 (上/下)、脈	
		年 月 日			
住所	〒 -				
電話番号		自宅		※血圧計、体重計が無ければ クリニックで測定して下さい。	
		携帯			

☆ 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
いいえ	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（2024.12.1～）

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）：1点