

カルテNo.

# 甲状腺問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名	様	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
住所	〒				
TEL		職業			

身長 cm ・ 体重 kg (これまでの平均体重 kg)

受診のきっかけについて (症状に○をつけて下さい。最も当てはまる内容に◎を付けて下さい。)

・首が腫れている ・医師や周囲の人の指摘 ・甲状腺の症状に当てはまる

・妊娠中のため ・不妊治療のため ・その他 ( )

自覚症状について なし ・ あり : 日前から

・首の腫脹 ・体重増加 ・体重減少 ・動悸 ・疲労感

・むくみ ・手の震え ・暑い ・寒い ・眼球の突出

・多飲多尿 ・嘔吐 ( 回) ・下痢 ( 回/日) ・水様便 ・軟便 ・血便

・食欲不振 ・その他 ( )

これまで甲状腺の治療歴はありますか? なし ・ あり

いつ頃 ( ) 病名 ( ) 病院名 ( )

治療内容 ( )

甲状腺の家族歴はありますか? 誰が ( ) 病名 ( )

食事内容について教えてください 昆布・海藻類を よく食べる ・ 時々食べる ・ あまり食べない

## ここからは甲状腺以外の病気について教えてください

現在、治療中の他の病気がありますか? いいえ ・ ある (下記からお選び下さい)

脳梗塞 心臓病 ( ) 高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風

喘息 肺気腫 胃腸病 肝疾患 ( ) 腎疾患 透析中

婦人科疾患 ( ) 精神疾患 ( ) 皮膚科 ( )

その他 ( )

現在、使用している薬がありますか? いいえ

ある ( )

今まで、かかっている病院はありますか? いいえ ・ ある (病院: )

今まで、手術をしたことがありますか? いいえ ・ ある (病名: )

薬や食べ物でアレルギーがありますか? いいえ ・ ある (種類: )

たばこは吸いますか? いいえ ・ はい 一日 \_\_\_ 本 ( \_\_\_ 歳 ~ \_\_\_ 歳)

お酒は飲みますか? いいえ ・ はい 一日ビール \_\_\_ 本 ・ 日本酒 \_\_\_ 合 ・ その他

### (女性の方のみ)

妊娠の可能性はありますか? いいえ ・ はい (妊娠 週) ・ 分からない

授乳中ですか? いいえ ・ はい

検査、説明などでご希望があればご記入下さい (例) かかりつけ希望、検査希望、紹介 (入院) 希望等 ( )

### 自由記入欄

当院を受診したきっかけは何でしょうか?

知人の勧め ( \_\_\_ さん) ・ 通りがかった ・ インターネット ・ その他 ( )

ご協力ありがとうございました。受付にお渡しください。

つるた内科クリニック