

問 診 票

No. _____

氏名	ふりがな	性別	生年月日		年齢
	様	男・女	大・昭・平	年 月 日	歳
住所	〒			TEL	

下記の質問について、あてはまるものに○をつけてください。

正確な診断や治療を行うため、わかる範囲でご記入くださいますようお願いいたします。

■現在どのような症状がありますか？○をつけてください。特に気になった症状には◎をつけてください。

1. 甲状腺が腫れている	21. まぶたが腫れてきた	41. むくみやすい
2. 甲状腺にできものがある	22. まぶしい	42. 疲れやすい
3. 首にしこりがある	23. 視力が落ちた	43. こむら返りをおこしやすい
4. のどに違和感がある	24. 眼が痛い	44. めまいがする
5. 声がかすれる	25. 不整脈がある	45. 髪の毛が荒れたり抜けたりする
6. 首に痛みがある	26. 動悸・息切れがある	46. 物忘れがひどい
7. 物を飲み込みにくい	27. 脈がはやくなった	47. 手足のしびれ
8. 息が苦しい	28. 汗が多くなった	48. 生理不順がある
9. 咳や痰が出る	29. 暑がりになった	49. 不妊治療を受けている
10. 脈が遅くなった	30. 微熱が続く	50. 検査の値が異常
11. 皮膚がかさかさする	31. 下痢をしやすい	51. コレステロールが高い
12. 寒がりになった	32. 体がやせてきた	52. 骨粗しょう症と言われた
13. 手足が冷える	33. よく食べる	53. 特に気になる症状はない
14. 便秘をしやすい	34. 神経質になった	54. 血縁者に甲状腺の病気の人がいる
15. 体重が増えた	35. 手がふるえる	
16. 食欲がない	36. 眠れない、または朝早く目が覚める	
17. 何もする気にならない	37. 体がかゆい	
18. 動作が鈍くなった	38. 力が入らず動けなくなった	
19. いくら眠っても眠い	39. 不安感がある	
20. 眼が出てきた	40. 頭が痛い	

■その他、気になる症状があればご記入下さい。

--

■いつごろから上記の症状がありますか？

--

■当院を受診するまでの経過について

--

■現在、治療中の病気はありますか？		無・有（有の場合、くわしくご記入下さい。）
発症年齢	病名	治療内容（飲んでいる薬の名前などご記入下さい。）
歳		
歳		

■今までに大きな病気やケガ、入院、手術をされたことはありますか？		無・有（有の場合、くわしくご記入下さい。）	
発症年齢	病名	発症年齢	病名
歳		歳	
歳		歳	

■血縁者に甲状腺の病気の方がいますか？		無・有（有の場合、くわしくご記入下さい。）	
*甲状腺の病気：橋本病（慢性甲状腺炎）、バセドウ病、甲状腺腫瘍、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症など			
病名	本人との関係	病名	本人との関係
例) バセドウ病	父方祖母、母方叔母、妹		

■血縁者にガンの方がいますか？		無・有（有の場合、くわしくご記入下さい。）	
病名・部位など	本人との関係	病名・部位など	本人との関係
例) 肝臓ガン	母方祖父、父方従姉		

■薬や食べ物、花粉などでアレルギーはありますか？		無・有（有の場合、くわしくご記入下さい。）	
	アレルギーの原因となるもの	症状など	入力
薬			<input type="checkbox"/>
食べ物			<input type="checkbox"/>
花粉、その他			<input type="checkbox"/>

■たばこは吸いますか？	無・有（ 本/1日程度、 年間） 禁煙中の方（いつから： ）以前は（ 本/1日、 年間）
■アルコールを飲みますか？	無・有（毎日・たまに）

*昆布、海苔、わかめ、めかぶ、もずく、ひじき等の海藻類、寒天やイソジンのうがい薬をヨード類といいます。

■ヨード類の摂取について	毎日たくさん食べている・控えている・意識していない
■健康食品を摂取していますか？（わかる範囲で）	無・有（商品名： ）

*女性の方のみ下記の質問にご記入下さい。

結 婚	未婚・既婚	今後の妊娠希望	無・有	月経不順	無・有（ ）
身体状況	妊娠の可能性なし/あり 妊娠中()週 産後・授乳中()か月 産後・授乳なし				
出産経験	出産()回・自然流産()回	一番最近の出産	年 月 日		
月 経	初潮()歳頃・閉経()歳頃	一番最近の月経	月 日		
女性ホルモン療法	無・更年期治療中・ピル内服中	不妊治療歴	無・治療歴有り・治療中		

*当院に来院されたきっかけを教えてください。

<input type="checkbox"/> 知人の紹介	<input type="checkbox"/> 当クリニックビル医院利用	<input type="checkbox"/> 看板	<input type="checkbox"/> バス広告	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> その他
--------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------

ご記入ありがとうございました。