甲状腺問診票

ふりがな

氏名

＊裏面もあります。なるべく詳細に記載いただけると診察に役立ちます。

1. 現在の症状について（◯で囲んでください）

* 症状はない
* 症状がある

頚部の晴れ 体重増加　体重減少　動悸　疲労　手の震え　暑がり　喉の違和感 目の腫れ

抜け毛 その他（ ）

* 上の症状に気づいたのはいつ頃ですか。

（ 年 月s頃）

1. 今までに甲状腺の診察を受けたことがありますか？
   * ない
   * ある

いつ頃：（ ）

病院名：（ ）

病名：（ ）

治療：内服・手術・アイソトープ・経過観察・その他

1. 現在通院している病気はありますか。
   * ない
   * ある

病名：（ ）

内服薬：（ ）

1. アレルギーはありますか？
   * ない
   * ある

喘息 鼻炎 じんま疹 花粉症 アルコール

食べ物（ ） 薬（ ）

その他（ ）

1. 他にお持ちのご病気はありますか？

糖尿病 高血圧 高脂血症 高尿酸血症

狭心症 心筋梗塞 脳出血 腎臓病 肝臓病

その他（ ）

1. ご家族に甲状腺のご病気の方はいらっしゃいますか？

* いない
* いる

□甲状腺腫瘍（両親・兄弟姉妹・子・祖父母・孫）

□橋本病・バセドウ病（両親・兄弟姉妹・子・祖父母・孫）

1. 飲酒はされますか？

なし 週１〜2回 週３〜４回 週５〜７日

種類：ビール・日本酒・焼酎・ウイスキー・ワイン

量（ ml）

1. 喫煙はされますか？

・一度もない

・喫煙している（１日　　本）

・過去に喫煙していた（　　歳〜　　歳まで、１日　　本）

1. 女性の方へ、妊娠についてお聞きします。

* 妊娠中
* 妊娠しているかもしれない
* 妊娠していないが近い時期に妊娠希望
* 妊娠していないし予定もない

1. 女性の方へ、授乳中ですか？

はい いいえ

1. 当院をどこでお知りになりましたか？

ホームページ・看板・家族や知人からの紹介・雑誌の記事・チラシ・他の病院からの紹介

その他（ ）

1. 困っていること、不安に思っていること、治療する上で何か希望することなどがありましたらお書きください。