

甲状腺問診票

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日()歳
住所(〒 —)	電話番号(自宅) (携帯)
現在の家族構成 <input type="checkbox"/> 同居している方() <input type="checkbox"/> 一人暮らし	
緊急連絡先(Tel)	連絡先名 続柄()

* 受診理由

- 健康診断で指摘された 喉の違和感がある 首が腫れている 甲状腺あたりに痛みがある
他院通院中で当院に転院希望 → 紹介状(有・無)
その他()

* 体重の変化

- なし あり → ____ヵ月で____kg(増えた・減った) 変わらない

* 症状

- 動悸 汗をかきやすい 疲れやすい だるさが続く 手の震えがある 食欲がない
声が枯れる むくみがある 髪の毛が抜けやすい 微熱が続いている 喉元に痛みがある
嚥下時の違和感 その他()

* 症状はいつからですか？ ()

* 今まで甲状腺の病気を指摘されたことがありますか？または治療していたことがありますか？

- なし あり → (病名:)

* ご家族で甲状腺疾患の治療中、または治療をしていた方はいますか？

- なし あり → (続柄: 病名:)

* 甲状腺疾患以外で現在治療している病気はありますか？

- なし あり → (病名:)

* 現在服用しているお薬はありますか？

- なし あり → (薬名:) ※お薬手帳を確認させていただきます。

* お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- なし あり → (食べ物:)(薬:)

裏面もあります→→→

*お酒は飲みますか？

いいえ はい

*タバコは吸いますか？

いいえ はい → (1日 本) 以前吸っていた

*【さくらネット】に登録していますか いいえ はい⇒登録した医療機関()

*当院を知ったきっかけを教えてください

ホームページ 駅・電柱の広告 家族・知人からの紹介 他院からの紹介 その他()

★女性の方のみお答えください★

*現在妊娠されていますか？ いいえ わからない はい(週目)

*現在授乳中ですか？ いいえ はい(お子様の年齢: 歳 カ月)

最後までご記入ありがとうございました。

お手数ですが受付までお渡しください。

高井内科クリニック

* * MEMO * *