甲状腺問診票

ID:　　令和　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ		生　年　月　日		男　・　女
氏名		昭和 平成 令和	年　　月　　日 年齢　　歳	
〒　　住所				
電話番号:第一希望　　（続柄　　）第二希望　　（続柄　　）				

◇　いつからどのような症状がありますか？（当てはまる症状すべてに〇をつけてください。）

頚部のしこり　　頚部のはれ　　頚部の違和感　　頚部の痛み

体重の増減　　動悸　　暑がり　　寒がり　　手のふるえ

他院からの継続治療　　健診などで受診を勧められた

その他（　　）

◆診察の前に看護師と問診があります。

◇　血縁者で甲状腺の病気の方はいますか？

いない　　いる　→　あなたとの関係　（　　）

◇　甲状腺の治療歴はありますか？

ない　　ある　→　具体的に　（　　）

◇　今までにかかった主な病気や手術（入院）はありますか？

ない　　ある　→　（　　歳頃）（病名・治療　　）

（　　歳頃）（病名・治療　　）

（　　歳頃）（病名・治療　　）

◇　飲み薬、注射、麻酔で気分が悪くなったり　じん麻疹などの症状が出たことがありますか？

ない　　ある　→　（お薬　注射など　　）

（症状　　）

◇　飲んでいるお薬はありますか？【　お薬手帳がある方は受付窓口へお出しください。　】

ない　　ある　→　（お薬　　）

（病名　　）

◇　当クリニックは何で知りましたか？紹介者・紹介医療機関があれば差支えない範囲で教えてください。

・知人からの紹介（　　）　・医療機関からの紹介（　　）

・通りがかりに気づいた　　・インターネット　　・その他（　　）