当診療所は甲状腺疾患専門の診療所でございます。
甲状腺以外の病気の方は総合受付にお知らせください。

初めて受診される方へ　（問診票）

診察の際に使用します。記載できる範囲で構いませんのでご記入ください。

ふりがな		性別　男 ・ 女	
お名前	様	年齢　歳	
身長　cm	体重　kg	職業	

SAPPORO
さっぽろ甲状腺診療所

問診	ご記入欄	
1 受診の理由をお書きください（複数回答可）	☐甲状腺の精密検査　☐健康診断で指摘された　☐医師の紹介 ☐不妊治療のための甲状腺の精密検査　☐妊娠による甲状腺の精密検査 ☐その他（　）	
2 自覚症状はありますか？現在ある症状に〇をつけてください（複数回答可）	☐なし	1. 首の腫れ　2. 体重減少　3. 寒がり　4. むくみ　5. 動悸　6. 疲れやすい 7. 食欲低下　8. すぐ息切れする　9. 首が痛い　10. 吐き気　11. 体がかゆい 12. 汗をかきやすい　13. 体重増加　14. 指が震える　15. 暑がり　16. 喉に物が詰まる感じ　17. 神経質になった　18. 動作が鈍くなった　19. 眼の腫れ 20. 空腹感がある　21. 肩こり　22. 頭痛　23. 不眠　24. 皮膚乾燥　25. 下痢 26. 便秘　27. 乳房腫脹　28. 手足のしびれ　29. 顔がむくむ ☐その他（　）
3 甲状腺の症状に気がついたのは	①　いつ頃ですか？　昭和　・　平成　・　西暦　　年頃から ②　どなたですか？　☐本人　☐家族　☐医師　☐健康診断　☐その他	
4 今までに甲状腺の診察を受けたことがありますか？また、治療を受けたことがありますか？	☐なし	☐あり（ありの方は下記に記入してください） 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（　）
5 現在通院治療している病気はありますか？また、常用している内服薬はありますか？	☐なし	☐あり（ありの方は下記に記入してください） 病名： 病名： 内服薬がある方は記入できる範囲で下記に記入してください （　）
6 今までに病気、入院・手術をしたことがありますか？	☐なし	☐あり（ありの方は下記に記入してください） 病名： 病名：
7 アレルギーはありますか？	☐なし	☐あり（ありの方は下記に記入してください） ☐喘息　☐鼻炎　☐蕁麻疹　☐花粉症　☐アルコール ☐食べ物（　）☐薬（　） ☐その他（　）
8 喫煙について	☐なし	☐吸う（　本／日）　☐過去にあり（　本／日　年前）
9 飲酒について	☐飲まない　☐時々飲む　☐毎日飲む	
10 現在配偶者はいらっしゃいますか？	☐いいえ	☐はい
11 お子様はいらっしゃいますか？	☐いいえ	☐はい（　人）　☐現在妊娠中（　週）
12 血縁の方で甲状腺の病気の方はいらっしゃいますか？	☐いない	☐甲状腺腫瘍　①両親／兄弟姉妹／子　のうち（　人） ②祖父母／孫　のうち（　人） ☐橋本病・バセドウ病　①両親／兄弟姉妹／子　のうち（　人） ②祖父母／孫　のうち（　人） ☐病名は不明
13 当診療所を何で知りましたか？	☐医師紹介　☐家族　☐知人　☐当院ＨＰ　☐インターネット（　を見て） ☐地下鉄広告　☐駅構内広告　☐通りがかり☐新聞　☐雑誌（誌名：　） ☐その他（　）	