

初めて受診される方へ（問診表）

当診療所に初めて受診される方にお尋ねいたします。

年 月 日

診察の際に参考にさせていただきますので差し支えない範囲で結構ですのご記入下さい。

お名前： _____ 様（男性・女性） ご職業： _____ 年齢： _____ 歳
身長： _____ cm 体重： _____ kg

本日はどのような事でご来院されましたか？（複数回答可）

① 甲状腺の精密検査 ②治療希望 ③健康診断で指摘されて ④医師の紹介 ⑤転院希望 ⑥その他： _____

1. 現在ある自覚症状に○をつけてください。

- | | | | | |
|---------------|------------|-------------|--------------|--------------|
| 1.首がはれた | 2.体重が減った | 3.寒がりになった | 4.顔や手がむくんできた | 5.胸がドキドキする |
| 6.疲れやすい | 7.食欲が進まない | 8.すぐ息切れする | 9.首が痛い | 10.吐き気がある |
| 11.体がかゆい | 12.汗をかきやすい | 13.体重が増えた | 14.指が震える | 15.暑がりになった |
| 16.喉にものが詰まる感じ | 17.神経質になった | 18.動作が鈍くなった | 19.眼が出てきた | 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.乳房腫脹 | 27.便秘 | 28.手足がしびれる | 29.顔がむくむ | 30.その他 _____ |

2. 甲状腺以外で高血圧、高コレステロール、糖尿病、喘息、その他治療中の病気はありますか？

病名： _____ 薬の名前： _____ いつ頃ですか？ _____

3. これまでに手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ

「はい」と答えられた方へ 病名： _____ 年齢： _____ 才

4. これまでにアレルギー症状や薬で副作用が出たことがありますか？ はい・いいえ

「はい」と答えられた方へ

1 喘息、2 鼻炎、3 蕁麻疹、4 食物、5 花粉症、6 薬品→薬品名（ _____ ）症状（ _____ ）、7 その他

5. 初めて甲状腺の異常に気付いたのは？

①どなたですか？ 本人・家族・医師・その他： _____

②いつ頃ですか？ _____ 年 _____ 月頃

6. いままでに甲状腺の検査や治療を受けたことがございますか？ はい・いいえ

①いつ頃ですか？ _____ 年 _____ 月頃 ④検査法：超音波・血液検査・その他 _____

②病名： _____ ⑤治療法：薬名（ _____ ）・アイツトプ・手術など

③病院名： _____ ⑥よくなりましたか？ はい・いいえ

7. 医師へ伝えておきたい事があればご記入ください（例：妊娠している、授乳している、不妊治療している）

8. 血縁の方で甲状腺の病気の方がおられますか？ はい・いいえ

「はい」と答えられた方にお尋ねいたします。

- | | | |
|--------------|--------------------------|----------------------|
| 1. 甲状腺腫 | ①両親/兄弟姉妹/子 のうち（ _____ 人） | ②祖父母/孫 のうち（ _____ 人） |
| 2. 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） |

9. 喫煙されますか？ はい・いいえ

「はい」と答えられた方にお尋ねいたします。 1日に吸われる本数（ 10本以内・20本以内・21本以上 ）

10. 当診療所のことを何でお知りになりましたか？

医師や医療関係者の紹介・家族・知人の紹介・ホームページ・車内（地下鉄ステッカー・健康フェア・ _____ 駅）
新聞（記事・健康フェア広告）・TV・ラジオ・書籍または雑誌（名前： _____ ） その他： _____