

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）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

フリガナ			身長 Height	cm
氏名 Name	姓 (Family Name)	名 (First Name)	体重 Weight	kg
	生年月日 Date of Birth	西暦・昭和 平成・令和	年 Year	月 Month
			日 Day	歳 Age
	性別 Sex 1. 男性 M 2. 女性 F			
住所 Home Address (本国住所)	〒 □□□□-□□□□ ※お住まいの住所をご記入ください。			
電話番号 Telephone Number	携帯電話 Mobile Phone Number ※18歳未満の方は保護者の電話番号をご記入ください。 自宅 Telephone Number			
国籍 Nationality	<input type="checkbox"/> 日本国籍 Japanese Nationality 母国語が日本語以外の場合、以下を記入してください。If your mother tongue is not Japanese, Please fill out below. <input type="checkbox"/> その他の国籍 Foreign Nationality (国籍 Nationality: ) 話せる言語/Spoken Language(s) <input type="checkbox"/> 日本語/Japanese <input type="checkbox"/> 英語/English <input type="checkbox"/> 中国語/Chinese <input type="checkbox"/> 韓国語/Korean <input type="checkbox"/> その他/Other (具体的な言語/Specify Language: ) ※日本国籍以外の方は身分証明書として在留カードまたはパスポートなどをコピーさせていただきます。 For foreign national, we will make a copy of your residence card or passport as your identification document.			

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。

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)	<input type="checkbox"/> 甲状腺の精密検査 <input type="checkbox"/> 健康診断で指摘された <input type="checkbox"/> 医師の紹介 <input type="checkbox"/> 不妊治療のための甲状腺の精密検査 <input type="checkbox"/> 妊娠による甲状腺の精密検査 <input type="checkbox"/> その他:	
2 現在自覚症状はありますか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの方は症状をチェックまたは記入してください) <input type="checkbox"/> 頭部の腫れ <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 多飲多尿 <input type="checkbox"/> 手の震え <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 寒がり <input type="checkbox"/> 喉の違和感 <input type="checkbox"/> 眼の腫れ (眼突) <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
3 甲状腺の症状に初めて 気がついたのは	いつ頃ですか？ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年頃 (約 年前から) どなたですか？ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
4 今までに甲状腺・副甲状腺 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？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの方は下記に記入してください) いつ頃: <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年頃 (約 年前から) 病院名: 病名: 治療: <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> アイソトープ <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
5 現在通院している 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？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの方は下記に記入してください) 病名: 歳から 病名: 歳から 病名: 歳から 病名: 歳から 内服薬がある方は記入できる範囲で構いませんので下記に記入してください ( )	

うら面もご記入ください。→

