

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		c m	
氏 名 Name	姓 (Family Name)	名(First Name)		体重 Weight		K g
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	□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. □その他の国籍 Foreign Nationality (国籍 Nationality:) 話せる言語/Spoken Language(s) □ 日本語/Japanese □ 英語/English □ 中国語/Chinese □ 韓国語/Korean □ 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)	□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	現在自覚症状はありますか？ (複数回答可)	□なし	□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) □頸部の腫れ □体重増加 □体重減少 □動悸 □疲労感 □むくみ □多飲多尿 □手の震え □暑がり □寒がり □喉の違和感 □眼の腫れ (眼突) □吐き気 □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？ □昭和 □平成 □令和 □西暦 年頃 (約 年前から) 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・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？	□なし	□あり (ありの方は下記に記入してください) いつ頃: □昭和 □平成 □令和 □西暦 年頃 (約 年前から) 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: 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。→

問 診		ご 記 入 欄		
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： _____ 歳 病名： _____ 歳 病名： _____ 歳 病名： _____ 歳	
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） ☐ 鼻炎 ☐ 蕁麻疹 ☐ 花粉症 ☐ アルコール ☐ 食べ物（ _____ ） ☐ その他（ _____ ）	
8	喘息はありますか？	☐ なし ☐ あり		
9	薬物で副作用はありますか？		☐ メルカゾール ☐ チウラジール ☐ プロパジル ☐ その他（ _____ ）	
10	ヨウ素摂取について		〈ヨウ素が多い食品〉 昆布： ☐ 食べない ☐ 時々食べる ☐ 毎日食べる 昆布エキス・調味料： ☐ 食べない ☐ 時々食べる ☐ 毎日食べる 海藻類： ☐ 食べない ☐ 時々食べる ☐ 毎日食べる 〈ヨウ素を含む薬〉 ☐ ヨウ素を含むうがい薬 ☐ その他（ _____ ）	
11	喫煙について	☐ なし ☐ あり 本／日（ _____ 年前から現在） ☐ 過去にあり 本／日（ _____ 年頃から _____ 年前）		
12	飲酒について	☐ 飲まない ☐ 時々飲む ☐ 毎日飲む		
13	現在配偶者はいらっしゃいますか？(任意)	☐ いいえ ☐ はい		
14	お子様はいらっしゃいますか？(任意)	☐ いいえ ☐ はい（ _____ 人） ☐ 現在妊娠中 _____ 週 ☐ 産後1年以内		
15	血縁の方で甲状腺・副甲状腺の病気の方はいらっしゃいますか？(任意)	☐ いない ☐ 不明	☐ いる（いる方は下記に記入して下さい） ☐ 甲状腺腫瘍 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄弟 ☐ 姉妹 ☐ 子 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 孫 ☐ その他（ _____ ） ☐ 橋本病 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄弟 ☐ 姉妹 ☐ 子 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 孫 ☐ その他（ _____ ） ☐ バセドウ病 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄弟 ☐ 姉妹 ☐ 子 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 孫 ☐ その他（ _____ ） ☐ 原発性副甲状腺機能亢進症 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄弟 ☐ 姉妹 ☐ 子 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 孫 ☐ その他（ _____ ）	
16	当院のことを何で知りましたか？	☐ 医師紹介 ☐ 家族 ☐ 知人 ☐ インターネット（ ☐ 当院ホームページ ☐ その他） ☐ T V ☐ 雑誌・本 ☐ その他（ _____ ）		
17	この1年間で「特定健診」や高齢者健診を受診しましたか？	☐ いいえ ☐ はい（ _____ 年 _____ 頃）	※マイナ保険証で情報取得に同意された患者様は省略可能です	
18	マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？	☐ いいえ ☐ はい		