

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			
お名前		様	年齢 歳
職業	身長	cm	体重 kg



さっぽろ甲状腺診療所

問診	ご記入欄																																													
1 受診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"/> 不妊治療の為に甲状腺の精密検査 <input type="checkbox"/> 妊娠による甲状腺の精密検査 <input type="checkbox"/> その他 ()																																													
2 甲状腺について伺います	① 気づいたのはいつですか？ 西暦 年頃 (前から) ② どなたが気づきましたか？ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () ③ 診察・治療を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (はいの方は下記に記入してください) 病院名： 病名： 治療： <input type="checkbox"/> 服薬 <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 ()																																													
3 自覚症状はありますか？ 症状に○をつけてください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> いいえ <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">1. 首の腫れ</td> <td style="width: 25%;">5. 体重減少</td> <td style="width: 25%;">15. 吐き気</td> <td style="width: 25%;">20. 体重増加</td> </tr> <tr> <td>2. 首が痛い</td> <td>6. 暑がり</td> <td>16. 乳房腫脹</td> <td>21. 寒がり</td> </tr> <tr> <td>3. 喉に物が詰まる感じ</td> <td>7. 疲れやすい</td> <td>17. 不眠</td> <td>22. 頭痛</td> </tr> <tr> <td>4. しこりを自覚又は 指摘された</td> <td>8. 動悸</td> <td>18. 体がかゆい</td> <td>23. 肩こり</td> </tr> <tr> <td></td> <td>9. 下痢</td> <td>19. 眼が腫れた</td> <td>24. 便秘</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10. 指が震える</td> <td></td> <td>25. 手足のしびれ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11. 食欲が増した</td> <td></td> <td>26. 食欲が低下した</td> </tr> <tr> <td></td> <td>12. イライラする</td> <td></td> <td>27. 動作が鈍くなった</td> </tr> <tr> <td></td> <td>13. すぐ息切れする</td> <td></td> <td>28. むくみ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>14. 汗をかきやすい</td> <td></td> <td>29. 皮膚乾燥</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3">30. その他 ()</td> </tr> </table>		1. 首の腫れ	5. 体重減少	15. 吐き気	20. 体重増加	2. 首が痛い	6. 暑がり	16. 乳房腫脹	21. 寒がり	3. 喉に物が詰まる感じ	7. 疲れやすい	17. 不眠	22. 頭痛	4. しこりを自覚又は 指摘された	8. 動悸	18. 体がかゆい	23. 肩こり		9. 下痢	19. 眼が腫れた	24. 便秘		10. 指が震える		25. 手足のしびれ		11. 食欲が増した		26. 食欲が低下した		12. イライラする		27. 動作が鈍くなった		13. すぐ息切れする		28. むくみ		14. 汗をかきやすい		29. 皮膚乾燥		30. その他 ()		
1. 首の腫れ	5. 体重減少	15. 吐き気	20. 体重増加																																											
2. 首が痛い	6. 暑がり	16. 乳房腫脹	21. 寒がり																																											
3. 喉に物が詰まる感じ	7. 疲れやすい	17. 不眠	22. 頭痛																																											
4. しこりを自覚又は 指摘された	8. 動悸	18. 体がかゆい	23. 肩こり																																											
	9. 下痢	19. 眼が腫れた	24. 便秘																																											
	10. 指が震える		25. 手足のしびれ																																											
	11. 食欲が増した		26. 食欲が低下した																																											
	12. イライラする		27. 動作が鈍くなった																																											
	13. すぐ息切れする		28. むくみ																																											
	14. 汗をかきやすい		29. 皮膚乾燥																																											
	30. その他 ()																																													
4 血縁の方で甲状腺の病気の方はいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 甲状腺腫瘍</td> <td style="width: 50%;">①両親/兄弟姉妹/子 のうち(人) ②祖父母/孫/ のうち(人)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 橋本病・バセドウ病</td> <td>①両親/兄弟姉妹/子 のうち(人) ②祖父母/孫/ のうち(人)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 病名不明</td> <td>(人)</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 病名不明	(人)																																						
<input type="checkbox"/> 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)																																													
<input type="checkbox"/> 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)																																													
<input type="checkbox"/> 病名不明	(人)																																													
5 現在治療中および過去に治療・手術したことのある病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (はいの方は下記に記入してください)																																													
6 現在常用している内服薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (はいの方は下記に記入してください) ※お薬手帳をお持ちの方は診察の際に提出してください																																													
7 アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (はいの方は下記に記入してください) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アルコール消毒 <input type="checkbox"/> 食べ物 () <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> その他 ()																																													
8 喫煙されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (本/日) <input type="checkbox"/> 過去にあり (本/日、 年前)																																													
9 飲酒はされますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (週 回)																																													
10 現在配偶者はいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい																																													
11 お子様はいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (人) <input type="checkbox"/> 現在妊娠中 (週)																																													
12 当診療所を何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> 医師の紹介 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 当院HP <input type="checkbox"/> インターネット () を見て <input type="checkbox"/> 駅構内広告 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌 () <input type="checkbox"/> その他 ()																																													