

問診票

氏名 _____ 男・女 _____ 歳 _____

■ 現在の症状について該当箇所に○を、最も苦痛な症状に◎をつけてください。

1. 首の前側に【腫れ・しこり・痛み・圧迫感】がある
→急な変化？(ない・ある) _____ いつ頃から? _____

- | | |
|-------------------|------------------|
| 2. 疲れやすい | 24. 動くのがおっくうになった |
| 3. 神経質になった、イライラする | 25. 声がかれる |
| 4. 胸がドキドキする | 26. 動作が鈍くなった |
| 5. 少し動いても息切れがする | 27. 脈が遅い |
| 6. 喉が渇く | 28. 貧血がある |
| 7. 食欲旺盛 | 29. 体がだるい |
| 8. 体重減少 | 30. やる気がない |
| 9. 常に頭痛がする | 31. 体重増加 |
| 10. 以前より汗をかきやすい | 32. 肩こりがある |
| 11. 暑さに弱くなった | 33. 汗をあまりかかない |
| 12. 体温が高い | 34. 寒がりになった |
| 13. 皮膚が湿っている | 35. 乾燥肌になった |
| 14. 皮膚が温かい | 36. 皮膚が冷たい |
| 15. 皮膚がかゆい | 37. 顔や手足がむくむ |
| 16. 下痢しやすい | 38. 便秘がち |
| 17. 目が出てきた、大きくなった | 39. 物忘れが多い |
| 18. ものが二重に見える | 40. 筋肉痛 |
| 19. 下半身が麻痺したことがある | 41. 眉がうすくなった |
| 20. 手が震える | 42. 生理が不順(量が多い) |
| 21. 爪が変形している | 43. その他の症状 |
| 22. 脱毛がある | |
| 23. 生理不順(量が少ない) | |

■ ご家族に甲状腺の病気の方はいますか？(いいえ・はい)

父 母 兄 弟 姉 妹 子
祖 父 祖 母 お じ お ば い と こ

当院おかかりの方でしたらその方のお名前 _____

■ 過去に甲状腺の病気で治療を受けられた方にお尋ねします

病名 (_____)
病院名 _____ (年 月 ~ 年 月)
内服薬 _____
放射線治療 _____ 年 月 _____ 手術 _____ 年 月

■ 下記の病気で治療を受けたことはありますか？

糖尿病 心臓病 脂質異常症 高血圧症 喘息 骨粗鬆症 貧血
精神障害 花粉症 → **時期** (通年・春のみ・秋のみ)
対応 (受診治療 市販薬 対応せず)

■ これまでに薬でアレルギー反応がでたことはありますか？

いいえ・はい → (いつごろ: _____ 薬品名: _____)

■ たばこは吸いますか？ いいえ はい → **オごろから**
現在はい _____ 本/日

■ 閉所恐怖症はありますか？ いいえ はい

■ 輸血の経験はありますか？ いいえ はい → (_____ 年ごろ)

■ (女性のみ) 月経について

未 / 初潮(_____)歳 (規則的・不規則) / 閉経(_____)歳

■ (女性のみ) 妊娠・出産について

妊娠(_____)回 出産(_____)回 流産(_____)回
現在妊娠中の場合(予定日: _____、第(_____)子)
現在授乳中ですか(いいえ・はい) 今後家族計画は(ない・ある)

■ 当院を何で知りましたか？

インターネット・健診・他科通院先・知人・当院患者・他
紹介者(_____)

その他、質問・相談・希望などありましたらご記入ください _____