

# 問 診 票 (甲状腺)

ID: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

フリガナ		男 女	年齢	
氏 名	様			歳
現住所	〒 _____	生年月日	T S H	年 月 日
電話		携帯		

**1. 本日来院された目的をお伺いいたします。**

- 症状がある  
 甲状腺疾患の既往がある  
 その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )  
 ドックや健診で精密検査を勧められた  
 他院からの紹介（紹介状 あり・なし）

**2. 症状がある方にお伺いします。いつからどのような症状ですか？**

- いつから ( \_\_\_\_\_ )
- 首の腫れ  
 声がかれる  
 喉の違和感  
 疲れやすい  
 動悸がする  
 手の震え  
 体重の増減 ( \_\_\_\_\_ Kg 増・減 )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

**3. 風邪症状（発熱、咽頭痛等）はありますか？**

- また、周囲に感染している方や感染の疑いがある方はいますか？  
 注）場合により、検査が受けられない可能性があります。ご理解・ご協力をお願い致します。  
 はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_

**4. これまでの病気についてお尋ねします**

- 今までにかかった大きな病気はありますか？  
 はい ( \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ \_\_\_\_\_
- 現在、治療中の病気はありますか？  
 はい ( \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ \_\_\_\_\_
- 現在、服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示下さい  
 はい ( \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ \_\_\_\_\_

**5. 血縁者の方で甲状腺疾患をわずらった方はいらっしゃいますか？ (例：バセドウ病・母)**

- はい (病名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ \_\_\_\_\_

**6. 血縁者の方でがんの方はいらっしゃいますか？ (例：胃がん・祖父)**

- はい (病名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ \_\_\_\_\_

**7. アレルギーはありますか？**

- はい (原因： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ \_\_\_\_\_

**8. 喫煙歴について**

- 吸う ・ 以前に吸っていた ( \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 年)  
 吸わない

**9. 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg**

**10. 妊娠歴についてお伺いします**

- 現在妊娠中ですか？ はい ( \_\_\_\_\_ 週) ・ 可能性あり ・ いいえ \_\_\_\_\_  
 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ \_\_\_\_\_

**11. 今までに被ばくをされたことはありますか？**

- はい ・ いいえ \_\_\_\_\_