

問診 (この問診票で得られた情報は、当院で定めた利用目的範囲で利用致します)

(ふりがな)

明治 大正 昭和 平成

お名前

生年月日 年 月 日生

郵便番号

電話番号

住所

1. いつからどのような症状で受診されたのですか？

2. 現在、治療中の病気はありますか？ 無 有 ()

3. 現在、服用中の薬はありますか？ 無 有 ()

4. 既往歴 無 有 手術あり ()
その他 ()

5. アレルギー：①薬剤アレルギー 無 有 ()
②喘息 無 有
③その他 無 有 ()

6. 家族歴：血縁のある方の病気を教えて下さい
高血圧 () 糖尿病 ()
甲状腺疾患 () 心疾患 ()
脳梗塞・脳出血などの、脳血管障害 ()
脂質異常症 () 悪性腫瘍・ガン ()
ウイルス性肝炎 () リウマチなどの膠原病 ()
その他 ()

7. 女性の方へ ・妊娠：否定できる 可能性がある している
・授乳：していない している

糖尿病・高血圧・脂質異常症・肥満症・甲状腺疾患にて受診の方

20歳時の体重 () kg 過去の最高体重 () kg : () 歳の頃

タバコを吸いますか？ 吸わない 吸う (本/日・ 歳～ 歳)

アルコールを飲みますか？ 飲まない 飲む (日/週)

(何を どれ位)

運動習慣 無 有 (何を)

・どの程度 1日1回 週 回 月 回

・1回の運動時間 分程度

問診 <甲状腺> (この問診で得られた情報は、当院で定めた利用目的の範囲で使用いたします)

1. 受診のきっかけは何ですか？

2. 仕事内容

- 学生 (部活動等:) 主婦 (スポーツ等:)
 会社員 (具体的に:) その他 ()

3. 主訴 <自覚症状>

- ・ 動悸 無 有 ・ 安静時 無 有 ・ 労作時 無 有
- ・ 体重の変化 変化なし
 減少 (k g ・ いつから)
 増加 (k g ・ いつから)
- ・ 食 欲 変わらない 食欲低下傾向
 過食傾向 食べても食べても太らない、または痩せていく
- ・ 排 便 変化なし (回/日) 下痢 (回/日) 便秘
 軟便 (回/日) 食事のたびに、排便がある状態
- ・ 暑がり 自覚あり 自覚なし 皮膚がいつも湿潤している
- ・ 頸部状態 (首) 違和感あり 頸が腫れてきた 圧迫感あり
 痛みあり ()
- ・ ふるえ 自覚なし 自覚あり ()
- ・ 月経異常 無
(女性の方へ) 有 ()
- ・ 複視 無 有
- ・ 精神状態 異常の自覚なし イライラしやすい 眠れない 落ち着かない
 怒りやすくなった やる気が起こらない 何をするのも億劫になった
 その他 ()
- ・ むくみ 無 有
- ・ 皮膚の乾燥感 無 有
- ・ 倦怠感 無 有
- ・ 声のかすれ 無 有
- ・ 眉が薄くなった 無 有

<その他、気になる症状がございましたら、お書き下さい。>

