

問診票(甲状腺)

ふりがな		性別	生年月日		職業
名前	様	女・男	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	
住所	〒			電話	

問診	ご記入欄
受診の理由をお書き下さい (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 健診で指摘 <input type="checkbox"/> 甲状腺の精密検査 <input type="checkbox"/> 医師の紹介(紹介先) <input type="checkbox"/> 妊娠による精密検査 <input type="checkbox"/> 不妊治療のための精密検査 <input type="checkbox"/> 気になる症状がある <input type="checkbox"/> その他()
自覚症状はありますか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 頸部の腫れ <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 手の震え <input type="checkbox"/> 喉の違和感 <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 寒がり <input type="checkbox"/> 眼の腫れ <input type="checkbox"/> 月経異常 <input type="checkbox"/> その他()
甲状腺の病気の治療歴はありますか？	<input type="checkbox"/> なし ありの方は下記に記入してください いつから()病名()病院名() いつから()病名()病院名() 治療内容： <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> アイソトープ <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 内服 お薬： <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン <input type="checkbox"/> メルカゾール <input type="checkbox"/> プロパジール・チウラジール <input type="checkbox"/> ヨウ化カリウム丸 <input type="checkbox"/> その他()
甲状腺以外の通院している病気はありますか？	<input type="checkbox"/> なし 病名() 薬()
入院・手術をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし 病名()年齢()歳時 病名()年齢()歳時
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> 薬() <input type="checkbox"/> その他()
煙草を吸いますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 吸う 本/日 年間 <input type="checkbox"/> 吸っていた 本/日 年間
血縁者に甲状腺の病気の方はいますか？	<input type="checkbox"/> なし いらっしゃる方は続柄と病名を書いてください
結婚はされていますか？	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚
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"/> 妊娠中 週 <input type="checkbox"/> 授乳中(<input type="checkbox"/> 完全母乳 <input type="checkbox"/> 混合栄養 <input type="checkbox"/> ミルクのみ)
妊娠希望はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不妊治療中
当院をどのように知りましたか？(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 医師の紹介 <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 診療案内カード <input type="checkbox"/> 当院院長からの案内 <input type="checkbox"/> その他()