

なんぶ甲状腺クリニック 甲状腺用問診 記入日 年 月 日

(ふりがな)

氏名 男・女 生年月日 T・S・H 年 月 日

住所 〒 連絡先

★受診の理由をチェックしてください。

- 症状から甲状腺の病気ではないかと心配になった
- 他の医療機関（健診・人間ドック含む）から受診するよう指示、紹介された
- 血縁者に甲状腺の病気があるので調べたい
- 通院中の医療機関に不満がある、診療時間が合わない、別の医師の意見を聞きたい
- 転居、または勤務先が変わった
- 該当するものなし

★現在どのような症状がありますか？ チェックしてください。

- 脈がはやく、心臓がドキドキする
- 顔や手足がむくみやすい
- 手指がふるえる
- 昼間でも眠たい
- 暑がりによく汗をかく
- 寒がりで体が冷える
- よく食べるがやせる
- それほど食べないのに太る
- いらいらしやすく落ち着かない
- 体がだるく疲れやすい
- 便がゆるく回数が多い
- 便秘をしやすい
- まぶたが腫れる／眼が出てきた
- 肌が乾燥してかさかさする
- その他の症状（ 具体的にお書きください ）

★現在内服中または、過去に内服していた甲状腺の薬と量をお書きください。

お薬手帳があればご提示ください。（あり・なし）

★既往歴、受けたことのある手術とその時期、また、アイソトープ治療を受けたことがある場合はその時期も記入して下さい。

二枚目への記入をお願いします。

★血縁者に甲状腺の病気の方がいらっしゃいますか？ はい いいえ
(はいの場合は具体的にお書きください)

★嗜好、たばこ、お酒、習慣について

喫煙：吸う 吸わない 飲酒：毎日飲む 時々飲む 飲まない
海藻類（わかめ、ひじき、こんぶなど）の摂取量
毎日たくさん食べている 控えている 意識していない

★薬や食べ物、花粉などでのアレルギーはありますか？ ありの場合は内容も記入してください。

あり ()
なし

★後発品（ジェネリック薬品）を希望されますか？

はい
いいえ
どちらでもいい

★女性の方へ（当てはまるものにチェックしてください）

妊娠中 妊娠予定なし 母乳で授乳中
 妊娠の可能性ある 妊娠希望あり 閉経

妊娠中の方へ、現在妊娠週数 _____ 週

ご記入ありがとうございました。