

## 甲状腺疾患初診時間診票

記載日 年 月 日

ふりがな	生年月日		
お名前	(男・女)	(大・昭・平・令)	年 月 日
ご住所	〒	職業	
電話番号	来院時の体温測定		°C

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供につとめております。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願いいたします。

## マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？

 はい  いいえ

## 他の医療機関よりの紹介状がありますか？

 はい  いいえ

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

## 受診の理由をお書き下さい(複数回答可)

- 健診で指摘  甲状腺の精密検査  甲状腺疾患の継続治療  
 妊娠による精密検査  不妊治療のための精密検査  気になる症状がある  
 その他 ( )

## 自覚症状はありますか(複数回答可)

- なし  頸部の腫れ  体重増加  体重減少  疲労感  動悸  むくみ  
 手指の震え  喉の違和感  暑がり  寒がり  眼の腫れ  月経異常  
 その他 ( )

## 甲状腺の病気の治療歴はありますか？

 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 ( )

治療内容 :  内服薬  アイソトープ療法  手術療法  経過観察お薬 :  甲状腺ホルモン  メルカゾール  チウラジール/プロパジール  
 ヨウ化カリウム丸  その他 ( )

**現在治療中の病気がありますか？**

はい (病名 ) いいえ

⇒飲んでいる薬があれば教えてください。

(薬剤名: )

**これまで大きな病気にかかったことはありますか？**

なし 病名 ( ) 年齢 ( 歳時)

**アレルギーはありますか？**

なし 食べ物 ( ) 薬 ( )

その他 ( )

**タバコは吸いますか？もしくは昔吸っていましたか？**

吸う 吸わない 吸っていた

→吸っている方は1日何本吸っていますか？ ( 本/日)

何歳から吸っていますか？ ( 歳～)

→昔吸っていた方は1日何本吸っていましたか？ ( 本/日)

何歳から何歳まで吸っていましたか？ ( 歳 ～ 歳)

**お酒は飲みますか？**

飲む 飲まない

何を 日本酒 ビール ウイスキー 焼酎

一日に飲む量は？ ( )

頻度は？ 毎日 週に( )回 月に( )回

**血縁関係のある方で以下の病気の人はいますか？**

甲状腺疾患 ( ) 糖尿病 ( ) 高血圧 ( ) 脂質異常症 ( )

心筋梗塞・狭心症 ( ) 気管支喘息 癌⇒どの方が何の癌？ ( )

**結婚はされていますか？**

未婚 既婚

**妊娠希望はありますか？**

いいえ はい 不妊治療中

**お子様はいらっしゃいますか？**

いいえ はい ( 人) 妊娠中 ( 週)

授乳中 (完全母乳 混合栄養 ミルクのみ)