# 問診票（甲状腺疾患）

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

① 本日受診された経緯について○をつけてください。
バセドウ病・橋本病の継続治療希望　　健診で指摘された　　自覚症状があり検査したい
不妊治療もしくは妊娠による甲状腺の検査
その他（　　）

② 下記の症状のうち当てはまるものはありますか？○をつけてください。
首の腫れ・体重増加・体重減少・動悸・疲労感・むくみ・手の震え・暑がり・喉の違和感
眼の突出・寒がり・その他（　　）

③ その症状はいつからありますか？　（　　）年（　）月ころ/（　　）歳ころ

④ 今までに甲状腺の診察・治療を受けたことがあればお書きください。　なし・あり
いつから：
病院名　：
病名　　：
治療　　：内服　手術　アイソトープ　眼治療　経過観察　その他（　　）

⑤ 過去にされた病気についてお書きください。
（　）歳のとき　病名（　　）□手術した　□治療完了　□通院中
（　）歳のとき　病名（　　）□手術した　□治療完了　□通院中
（　）歳のとき　病名（　　）□手術した　□治療完了　□通院中

⑥ 現在内服中の薬があればご記入ください。※お薬手帳をご提示頂いた方は不要です。

（　　）

⑦ 血縁者に次の病気はありますか？（　）には（母）などご関係をお書きください。
バセドウ病（　　）　橋本病（　　）　甲状腺腫瘍（　　）　糖尿病（　　）
高血圧（　　）　脂質異常症（　　）心臓病（　　）　癌（　　）

⑧ お仕事はされていますか？　はい・いいえ（内容　　）
⑨ 飲酒はされますか？　　はい・いいえ（内容　　）
⑩ 喫煙はされますか？　吸わない・吸う（　　本/日）・禁煙した（　歳頃　　本/日）
⑪ 現在配偶者はいらっしゃいますか？　はい・いいえ
⑫ お子様はいらっしゃいますか？　　はい・いいえ（　　人）　妊娠中（　　）週
⑬ 食べ物や薬でアレルギーはありますか？
（　　）