

問診票

年 月 日

1.本日はどうなさいましたか？

- ・具合が悪い
- ・転院したい→紹介状はありますか？(はい/いいえ)
- ・病気について相談したい
- ・検診で引っかかった→健診結果や紹介状はありますか？(はい/いいえ)
- ・その他()

お名前 _____

2.いつからどのような症状がありましたか？

いつ頃からですか？()日前から 又は()カ月前から 又は()年前から
どんな症状がありましたか？

声のかすれ 飲み込みにくい 首が腫れている 首の痛みがある 疲れやすい
よく汗をかく 体重が減った(いつから どれくらい) 物が二重に見える
便が緩く回数が多い 手指が震える 寒がり 太りやすい 動機・息切れ

3.血縁の方で甲状腺の病気の方はいますか？

はい(続柄: 病名:)・いいえ

4.皆さんにお聞きします

現在治療中の病気はありますか？(例:高血圧、糖尿病、高コレステロール血症)

いいえ・はい →病名:()

現在飲んでいるお薬はありますか？

ない・ある →お薬手帳はお持ちですか？ ある・ない

今までに何か大きな病気で治療(手術)を受けたことがありますか？(盲腸、喘息など)

ない・ある → 病名(いつ頃):()

薬や注射でじんましんなどアレルギー反応がでたことはありますか？

ない・ある → 薬名:()

5.生活習慣についてお聞きします

たばこは吸いますか はい・いいえ 以前吸っていた

「はい」の方 喫煙歴(年) 1日(本)

「以前吸っていた」の方 (本/ 年間)

アルコールは飲みますか はい・機会飲酒・いいえ アルコールの種類・量(ml/日)

6.女性の方のみお答えください

- ・現在妊娠していますか？ →はい(妊娠 カ月)・いいえ
- ・現在授乳をしていますか？→はい・いいえ
- ・現在妊娠予定はありますか？→はい・いいえ

2019年10月