

# 甲状腺疾患（その可能性）のある方の問診票

受診日 年 月 日

ふりがな				
氏名				
生年月日	T・S・H	年	月	日（ 歳）
現住所	〒			
電話番号	自宅もしくは携帯			
職業		身長	cm	体重 kg

## ● 受診されたきっかけ

1. 頸部の腫脹（はれていると言われた）
2. 甲状腺の病気で通院（内服）していた
3. 甲状腺手術後に経過観察されていた
4. 甲状腺が気になり検査を時々受けていた
5. 頸部に痛みがある
6. その他

## ● 症状のある方は・・・

発症した時期 頃

既往歴（これまで体験された病気）

● 食物や薬のアレルギーはありますか？ いいえ ・ はい アレルギー名（ ）

● 現在服用しているお薬はありますか？ いいえ ・ はい → お薬手帳をお出しください

## ● 女性の方にお伺いします

妊娠・またはその可能性がありますか いいえ ・ はい

## ● 当院をどのようにお知りになりましたか？

1. ホームページ
2. 知人の紹介
3. 通りがかり
4. 看板、通院したことがある
5. その他（ ）

ご記入ありがとうございました