

問診票

カルテ番号		日付	
氏名	様		
生年月日		年齢	歳
			性別

新型コロナウイルス感染症に関する質問です。

37.5 度以上の発熱または、息苦しさ、強いだるさ、咳がある	はい・いいえ
味覚・臭覚の異常がある	はい・いいえ
2 週間以内に海外渡航歴がある	はい・いいえ
同居している人が自宅隔離を要請されているまたは、上記に該当する項目がある	はい・いいえ

以下の質問について、あてはまるものに✓チェックをつけてください。

受診目的	<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 治療	<input type="checkbox"/> 転院	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------

現在どのような症状がありますか？

<input type="checkbox"/> 甲状腺が腫れている <input type="checkbox"/> 甲状腺にできものがある <input type="checkbox"/> 首にしこりがある <input type="checkbox"/> のどに違和感がある <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 首に痛みがある <input type="checkbox"/> 物を飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 脈が速くなった <input type="checkbox"/> 寒がりになった <input type="checkbox"/> 手足が冷える <input type="checkbox"/> 便秘をしやすい <input type="checkbox"/> 体重が増えた <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 何もする気にならない <input type="checkbox"/> 動作が鈍くなった <input type="checkbox"/> いくら眠っても眠い <input type="checkbox"/> 眼が出てきた <input type="checkbox"/> まぶたが腫れてきた	<input type="checkbox"/> まぶたが下がってきた <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 眼が痛い <input type="checkbox"/> 不整脈がある <input type="checkbox"/> 動悸・息切れがある <input type="checkbox"/> 脈がはやくなった <input type="checkbox"/> 汗が多くなった <input type="checkbox"/> 暑がりになった <input type="checkbox"/> 微熱が続く <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい <input type="checkbox"/> 体がやせてきた <input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> 神経質になった <input type="checkbox"/> 手が震える <input type="checkbox"/> 眠れないまたは、朝早く目が覚める <input type="checkbox"/> 体がかゆい <input type="checkbox"/> 力がはいらず動けなくなった	<input type="checkbox"/> こむら返りをおこしやすい <input type="checkbox"/> 不安感がある <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> むくみやすい <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> めまいがする <input type="checkbox"/> 髪の毛が荒れたり抜けたりする <input type="checkbox"/> 物忘れがひどい <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 生理不順がある <input type="checkbox"/> 不妊治療を受けている <input type="checkbox"/> 流産をした <input type="checkbox"/> 検査の値が異常 <input type="checkbox"/> コレステロールが高い <input type="checkbox"/> ALP が高い <input type="checkbox"/> CPK が高い <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症と言われた <input type="checkbox"/> 特に気になる症状はない <input type="checkbox"/> 血縁者に甲状腺の病気の人がいる
<input type="checkbox"/> その他気になる症状があれば記入ください		

当院を受診するまでの経過について	いつ頃	
	どこで	
	だれに	
	何と言われましたか？	
	甲状腺に関する薬は出ていますか？	

裏面にもご記入ください

現在治療中の病気はありますか？		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ありの場合、詳しくご記入ください）	
発症年齢	病名	治療内容（飲んでいる薬の名前など）	
歳			
歳			

今までに大きな病気やケガ・手術入院をされたことはありますか？		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ありの場合、詳しくご記入ください）	
発症年齢	病名	発症年齢	病名
歳		歳	
歳		歳	
歳		歳	

血縁者に甲状腺の病気の方はいますか？		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ありの場合、詳しくご記入ください）	
【例】橋本病(慢性甲状腺炎)・バセドウ病・甲状腺腫瘍・甲状腺がん・甲状腺機能低下症・甲状腺機能亢進症など			
病名	本人との関係	病名	本人との関係
【例】バセドウ病	父方祖母・父方従姉		

薬や食べ物・花粉などでアレルギーはありますか？		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ありの場合、詳しくご記入ください）	
アレルギーの原因となるもの		症状など	
薬			
食べ物			
花粉・その他			

たばこは吸いますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 本／1日程度 年間）
	<input type="checkbox"/> 禁煙中(いつから:)以前は(本／1日 年間)
アルコールは飲みますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> たまに）

健康食品やサプリメントを 摂取していますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（商品名:)
---------------------------	----------------------------------------------------------------

女性の方のみ下記の質問にご記入ください

配偶者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	今後の妊娠希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	月経不順	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（)
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり出産予定日（ / ）	<input type="checkbox"/> 不明	授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ヶ月）	
出産経験	出産（ ）回	自然流産（ ）回	一番最近の出産	年 月 日	
月経	初潮（ ）歳頃	閉経（ ）歳頃	最近の月経	月 日	
女性ホルモン療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 更年期治療中 <input type="checkbox"/> ピル服用中	不妊治療歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 治療歴あり <input type="checkbox"/> 治療中		

ご記入ありがとうございました