

すみれ甲状腺グループ 初診問診票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな			
氏名	(女・男)		
生年月日	大昭平	年	月 日 (才)
住所	〒	—	府県 市 区
自宅電話番号	()	—	
昼間の連絡先 (自宅以外の場合)	()	—	

Q 1. どのような症状で受診されましたか。いつ頃からどのような症状に気づいたかを簡潔に書いてください。

昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

Q 2. 甲状腺の病気で現在通院中または過去に通院していた、あるいはかかりつけの医師から受診を指示された、あるいは人間ドック・検診センターから受診を勧められた、のいずれかに該当しますか。

いいえ → Q3 へ

- はい →
- 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）の薬を現在飲んでいる
メルカゾール・プロパジール・チウラジール・不明 を 1日 _____ 錠
 - 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）の薬を飲んでいましたが、今は飲んでいない
メルカゾール・プロパジール・チウラジール・不明 を 飲んでいた
飲んでいた期間 (_____)
 - 甲状腺ホルモン剤を現在飲んでいる。1日 _____ 錠
 - 甲状腺ホルモン剤を飲んでいましたが、今は飲んでいない
飲んでいた期間 (_____)
 - 甲状腺の手術を受けた 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 - アイソトープ治療を受けた 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 受診理由
- 他の医療機関や人間ドック・検診センターから紹介された、受診を勧められた
 - 通院中の医療機関に不安、不満がある、または病状が良くならない
 - 通院中の医療機関の診療時間が合わない
 - その他 (_____)

Q 3. 血のつながりのある方で、甲状腺の病気の方があれば、その関係、病名を分かる範囲で記入してください。
(_____)

Q 4. 現在内服中の薬(甲状腺の薬以外も含めて)があれば記入してください。

(_____)

Q 5. 副作用の出たことのある薬があればその名前と副作用の症状について、分かる範囲で記入してください。

(_____)

Q 6. 根昆布などの海藻類を多量に食べたり、ヨード分を多量に含んだ健康食品やイソジンを常用していますか。
 いいえ はい (どのようなものですか)

Q 7. タバコを吸いますか。
 いいえ はい (1日 本)

Q 8. お酒は飲まれますか。
 いいえ はい (おおよその回数と量)

Q 9. 次の病気のうち、現在かかっている、あるいは過去にかかったことのあるものに をつけてください。
 花粉症 気管支喘息 閉塞性動脈硬化症 結核 胃・十二指腸潰瘍
 糖尿病 うつ病 肝炎 (B型・C型) 狭心症・心筋梗塞
上記以外に大きな病気で通院や入院をしたり、手術を受けたことがあれば記入してください

(.....)
.....

Q10. 女性にお尋ねします。

[現在の妊娠について]

- 妊娠していない
- 妊娠中 (出産予定日 平成 年 月 日、現在 週)
- 妊娠の可能性がある
- 1年以内に妊娠を予定または希望している

[現在、授乳中ですか]

- いいえ はい

[月経はいかがですか]

- 順調 不順 閉経 (才)

[過去の妊娠・出産・流産 (中絶含む) について (差し支えのない範囲でお答えください)]

妊娠 回

出産 回 (直近 2 回の時期 昭和・平成 年 月 日、昭和・平成 年 月 日)

流産 回 (直近 2 回の時期 昭和・平成 年 月 日、昭和・平成 年 月 日)

Q11. 当院を選ばれた理由に○をつけてください (複数回答可)。

1. 近くに住んでいる、または近くに勤めている
2. 家族がかかっている
3. 知人に薦められた、または評判を耳にした
4. 他の病院・医院から紹介された
5. 紹介している雑誌・本を見た
6. ホームページを見た
7. その他

Q12. 最後にもしあなたの病気が、がんであった場合にご自分に病名を知らせてほしいですか。

1. 自分に知らせてほしい
2. 自分には知らせないでほしい
3. 初期のがんで治る見込みのあるときだけ知らせてほしい
4. わからない