

● 病気を診る上で必要ですので、ご面倒ですがご記入下さい

フリガナ
お名前

身長 cm

※本日はどういうことで来院されましたか

1. 次に示す症状の中で、現在あるものに印を付けて下さい

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> クビがはれた | <input type="checkbox"/> やせてきた | <input type="checkbox"/> 眠れない | <input type="checkbox"/> つかれやすい |
| <input type="checkbox"/> 汗をかきやすい | <input type="checkbox"/> 体があつい | <input type="checkbox"/> 息切れがする | <input type="checkbox"/> 痛みがある |
| <input type="checkbox"/> 指先がふるえる | <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする | <input type="checkbox"/> 下痢をする | |
| <input type="checkbox"/> 神経質になった | <input type="checkbox"/> よく食べる | <input type="checkbox"/> 眼がでてきた | |
| <input type="checkbox"/> 寒がりになった | <input type="checkbox"/> ふとってきた | <input type="checkbox"/> 便秘をする | <input type="checkbox"/> 集中力がない |
| <input type="checkbox"/> カサカサの皮膚 | <input type="checkbox"/> 毛が抜ける | <input type="checkbox"/> むくんできた | <input type="checkbox"/> 声がかすれる |
| <input type="checkbox"/> 物忘れする | <input type="checkbox"/> やる気が起こらない | | |

2. 今までに大きな病気にかかったことがありますか

- はい (病名 _____ 何才の時ですか _____ 才)
 いいえ

3. 現在治療中の病気がありますか

- なし あり (病名 _____)

4. 現在服用している薬はありますか

- なし あり (ありの方はお薬手帳などをご提示下さい) _____)

5. 今までに甲状腺の治療を受けたことがありますか

- はい いつ (_____) どこで (_____)
 何という病名で (_____)
 いいえ どういう治療を 内服薬 手術 アイソトープ その他

6. あなたの血縁で甲状腺の病気の人がありますか

- はい (続柄 _____) いいえ

7. 今までにクスリの副作用が出たことがありますか

- はい どんなクスリで? (_____) いいえ

8. 気管支喘息にかかったことがありますか

- はい いいえ

9. アレルギー疾患はありますか

- アレルギー性鼻炎 (花粉症) アトピー性皮膚炎 その他 いいえ

10. タバコを吸っていますか

- はい (_____ 才から _____ 才まで 1日 _____ 本) いいえ

11. 今までに採血や検査時に気分不良になったことがありますか

- はい いいえ

12. 結婚していますか

- 未婚 既婚 (子供 _____ 人)

13. 生理は順調ですか

- はい いいえ

14. 最終月経はいつですか

(_____ 月 _____ 日 ~)

● 女性の方のみお答え下さい

閉経 (有 無)

15. 授乳中である

- はい いいえ

16. 妊娠の可能性がありますが

- はい いいえ

● 女性の方のみお答え下さい