

甲状腺問診表

診察日 令和 年 月 日

ふりがな
氏名

満 歳 (明・大・昭・平・令 年 月 日生)

○今日はどのような症状で受診されましたか。

身長 (cm) 体重 (kg) 体脂肪 (%)

○以下に示す症状のうち、現在あるものに☑をつけてください。

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 首がはれている | <input type="checkbox"/> 首にしこりがある | | |
| <input type="checkbox"/> のどに物が詰まる感じがする | | | |
| <input type="checkbox"/> 暑がりになった | <input type="checkbox"/> 汗が多くなった | <input type="checkbox"/> 微熱がある | <input type="checkbox"/> 疲れやすい |
| <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする | <input type="checkbox"/> 息切れしやすい | <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい | |
| <input type="checkbox"/> やせてきた (_____ か月で _____ kg減少) | | <input type="checkbox"/> 手足が麻痺することがある | |
| <input type="checkbox"/> 手指が震える | <input type="checkbox"/> 体がかゆい | <input type="checkbox"/> 神経質になった | <input type="checkbox"/> 眠れない |
| <input type="checkbox"/> 目が出てきた | <input type="checkbox"/> まぶたがはれる | <input type="checkbox"/> 物が二重に見える | <input type="checkbox"/> 視力が落ちた |
| <input type="checkbox"/> 寒がりになった | <input type="checkbox"/> 皮膚がかさかさする | <input type="checkbox"/> 髪の毛が荒れたり抜ける | |
| <input type="checkbox"/> 声がかすれる | <input type="checkbox"/> あまり食べたくない | <input type="checkbox"/> 太ってきた (_____ か月で _____ kg増加) | |
| <input type="checkbox"/> 便秘しやすい | <input type="checkbox"/> 顔や手足がむくむ | <input type="checkbox"/> 手足が冷える | |
| <input type="checkbox"/> こむらがえりを起こしやすい | | <input type="checkbox"/> 動作が鈍くなった | |
| <input type="checkbox"/> 気分が憂うつ | <input type="checkbox"/> いくら眠っても眠い | <input type="checkbox"/> 何もする気にならない | |

○甲状腺の症状について、これまで他の医療機関に受診されたことがありますか。

いいえ はい (病院・医院名 _____)

○今回の症状を含めて、これまでに甲状腺の治療を受けたことがありますか。

いいえ はい (内服薬 アイソトープ 手術 いつ _____)

○血のつながりのある方で、甲状腺の病気の方がいますか。

いいえ はい (どなたですか _____)

○甲状腺以外の慢性の病気で現在治療を受けていますか。

いいえ はい (中断 (病名 _____ 病院・医院名 _____)

○過去に甲状腺以外の病気のために入院や手術を受けたことがありますか。

いいえ はい (はいの場合、以下に病名、その年月日などを記入してください)

○これまでに飲み薬や注射で副作用が出たことがありますか。

いいえ はい (はいの場合、以下にわかる範囲で記入してください)
薬の名前、種類と副作用の症状 _____

○お酒は飲まれますか。

いいえ はい (回数と量 _____)

○タバコは吸いますか。

いいえ はい (1日 _____ 本、 _____ 年間)

女性にお尋ねします

○現在妊娠中ですか。

いいえ はい (予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 妊娠の可能性がある 不明

○現在授乳中ですか。

いいえ はい

○生理はいかがですか

順調 不順 閉経 (_____ 才)

○今までに妊娠されたことがありますか。

いいえ はい (妊娠 _____ 回、出産 _____ 回、流産 _____ 回、中絶 _____ 回)



医療法人社団 北つむぎ会

麻生乳腺甲状腺クリニック