

当院は甲状腺の専門病院でございます。
甲状腺以外の病気の方は総合受付にお知らせください。

初めて受診される方へ(問診票)

診察の際に使用します。記載できる範囲で構いませんのでご記入ください。

ふりがな				性別	男性・女性
お名前	様			年齢	歳
身長	cm	体重	Kg	職業	

ITO HOSPITAL 伊藤病院

病院使用欄

問診	ご記入欄 <input checked="" type="checkbox"/>
1 受診の理由をお書きください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 甲状腺の精密検査 <input type="checkbox"/> 健康診断で指摘された <input type="checkbox"/> 医師の紹介 <input type="checkbox"/> 不妊治療のための甲状腺の精密検査 <input type="checkbox"/> 妊娠による甲状腺の精密検査 <input type="checkbox"/> その他:
2 現在自覚症状はありますか? (複数回答可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ありの方は症状をチェックまたは記入してください) <input type="checkbox"/> 頸部の腫れ <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 手の震え <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 喉の違和感 <input type="checkbox"/> 眼の腫れ(突出) <input type="checkbox"/> 寒がり <input type="checkbox"/> その他()
3 甲状腺の症状に気がついたのは	①いつ頃ですか? 昭和・平成・令和・西暦 年頃(約 年前から) ②どなたですか? <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> その他()
4 今までに甲状腺の診察を受けたことがありますか? また、治療を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ありの方は下記に記入してください) いつ頃: 病院名: 病名: 治療: <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> アイソトープ <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他()
5 現在通院治療している病気はありますか? また、常用している内服薬はありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ありの方は下記に記入してください) 病名: 歳から 病名: 歳から 内服薬がある方は記入できる範囲で構いませんので下記に記入してください ()
6 今までに病気、入院・手術をしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ありの方は下記に記入してください) 病名: 歳 病名: 歳
7 アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ありの方は下記に記入してください) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> 薬() <input type="checkbox"/> その他()
8 喫煙について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 吸う 本/日 <input type="checkbox"/> 過去にあり(本/日 年前)
9 飲酒について	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 毎日飲む
10 現在配偶者はいらっしゃいますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
11 お子様はいらっしゃいますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(人) <input type="checkbox"/> 現在妊娠中 週
12 血縁の方で甲状腺の病気の方はいらっしゃいますか?	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 甲状腺腫瘍 ①両親/兄弟姉妹/子 のうち(人) ②祖父母/孫 のうち(人) <input type="checkbox"/> 橋本病・バセドウ病 ①両親/兄弟姉妹/子 のうち(人) ②祖父母/孫 のうち(人)
13 当院のことを何で知りましたか?	<input type="checkbox"/> 医師紹介 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> インターネット(<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> 雑誌・本 <input type="checkbox"/> その他()