

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。

|      |  |    |    |       |
|------|--|----|----|-------|
| フリガナ |  |    | 性別 | 男性・女性 |
| お名前  |  |    | 年齢 | 歳     |
| 身長   |  | cm | 体重 | Kg    |

**ITO HOSPITAL** 伊藤病院

病院使用欄

| 問診  | ご記入欄 <input checked="" type="checkbox"/>  |
|---|---|
| 1<br>受診の理由をお書きください<br>(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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他：   |
| 2<br>現在自覚症状はありますか？<br>(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)<br><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<br><input type="checkbox"/> 手の震え <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 寒がり <input type="checkbox"/> 喉の違和感 <input type="checkbox"/> 眼の腫れ(眼突) <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 多飲多尿<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| 3<br>甲状腺の症状に初めて<br>気がついたのは                                      | ①いつ頃ですか？ <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦    年頃(約    年前から)<br>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<br>今までに甲状腺・副甲状腺<br>の診察を受けたことがありますか？<br>また、治療を受けたことが<br>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)<br>いつ頃： <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦    年頃(約    年前から)<br>病院名：<br>病名：<br>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<br><input type="checkbox"/> その他( )  |
| 5<br>現在通院している<br>病気はありますか？<br>また、常用している<br>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)<br>病名：    歳から<br>病名：    歳から<br>病名：    歳から<br>病名：    歳から<br>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<br>( )   |
| 6<br>今までに病気、入院・手術を<br>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)<br>病名：    歳<br>病名：    歳<br>病名：    歳<br>病名：    歳  |

うら面もご記入下さい。

