

年 月 日

問 診 票

氏名 _____ 様

1. 当クリニックを受診される目的（一番困っていること）は何ですか？

① 甲状腺が心配である

② 健診で甲状腺疾患の疑いを指摘された

Q それはいつ頃ですか？（ 年 月 日頃）

③ 他院で甲状腺の病気を指摘された又は疑いがあると言われた

Q 初めて指摘されたのはいつ頃ですか？（ 年 月 日頃）

④ 健診又は他院でコレステロールや中性脂肪に問題ありと言われた

2. 症状のあるものに○印をつけて下さい（複数回答可）

動悸 体重減少 四肢ふるえ 食欲過剰 頻脈 下痢 発熱

のどの痛み 食欲低下 便秘 下肢のむくみ 意欲低下 頸部の腫れ

その他（ _____ ）

3. これまでに大きな病気にかかったことや、入院されたことがありますか？

ない ある 病名： _____ いつ頃： _____ 年 月 日頃

4. 現在飲んでいる常用薬（市販薬・漢方薬・サプリメントを含む）がありますか？

ない ある 薬品名： _____

5. これまでに飲み薬や注射で副作用や、食べ物でアレルギーがでたことがありますか？

ない ある 薬品名： _____ 食べ物： _____

6. 父母・兄弟姉妹・親戚などで甲状腺又はコレステロールの病気にかかったことのある方はいられますか？

いない いる（どなたか続柄でお答え下さい： _____）

（病名： _____）

* その他、ご質問や相談事などございましたらご記入ください。