

甲状腺問診票

ID: スキャン()

受診日:

ふりがな 氏名		職業:
生年月日	年 月 日 歳	身長: cm 体重 kg
住所	〒 -	
携帯番号	() -	
緊急連絡先	() -	氏名: (続柄)

- ◇ 本日、どのような症状が気になり来院されましたか？ (備考 BT:)
 検診で異常指摘され二次検査 ・ 他院から紹介 (有 ・ 無)
 動悸 ・ 息切れ ・ 頻脈 ・ 多汗 ・ 手のふるえ ・ 体重減少 ・ 疲れやすい

いつ頃から・・・

- ◇ 初潮()歳 閉経()歳 最近の生理 (月 日 ~ 日間)
 ◇ 現在妊娠 : 無 ・ 有 (ヶ月目) 産後 (カ月) ・ 授乳中
 ◇ 出産()回 初産()歳 最終出産 ()歳
 ◇ 妊娠の希望はありますか? : 無 ・ 有
- ◇ 今まで甲状腺疾患に罹ったことがありますか 無 ・ 有
 橋本病(甲状腺機能低下症) ・ バセドウ病(甲状腺機能亢進症)
 甲状腺がん ・ 甲状腺良性腫瘍 ・ その他 ()
- ◇ その他の既往歴 : 無 ・ 有 ()
- ◇ 甲状腺の手術歴 : 無 ・ 有 (いつ:)
- ◇ 薬アレルギー : 無 ・ 有 (薬剤名:)
- ◇ 常用薬 : 無 ・ 有 (薬剤名:)
- ◇ 家族の方の甲状腺疾患 : 無 ・ 有 (祖母 ・ 母 ・ 姉 ・ 妹 ・ おば ・ 姪 ・)
 橋本病(甲状腺機能低下症) ・ バセドウ病(甲状腺機能亢進症)
 甲状腺がん ・ 甲状腺良性腫瘍 ・ その他()