

《 甲状腺問診票 》

- ※ 妊娠中、あるいは妊娠の可能性がある場合は必ず申し出てください。
- ※ おわかりの範囲で構いませんので出来るだけ詳しくお答えください。
- ※ 質問の内容でわかりにくい点がありましたら、遠慮なくご質問下さい。

氏名() 年齢() 記入日 年 月 日

●今日は、どの様なきっかけで来院されましたか？

- ① 首に症状（しこり、痛みなど）がある。 ④特に症状はないが検診をしてほしい。
- ③ 首以外に症状（下記）がある。 ⑤他医から紹介されて来院した。
- ④ 検診で病院を受診するよう指示された。 ⑥その他（ ）

●症状のある方は、どこにいつ頃からありますか？

・いつ頃から？：() 頃

・どの様な症状がありますか？：

首の腫れ／首のしこり／首の痛み／首のつまった感じ／声のかれ／むせる／

体重の変化（ 月で kg の増加/減少）／疲れやすい／

むくみ（場所： ）／寒がり／食欲低下／気分が沈むことが多い／乾燥肌／

目が出てきた／暑がり／食欲が旺盛過ぎる／イライラ／動悸（ドキドキ）／指の震え／
その他（ ）

●女性は妊娠・出産・授乳についてお答えください。

・現在の妊娠《している（第 週）／可能性がある／可能性はない》

・妊娠回数（ ）回，出産回数（ ）回，流産回数（ ）回，中絶回数（ ）回

●これまでの病気についてお答えください。

・今までに甲状腺の病気になった事がありますか？ はい／いいえ

「はい」と答えた方は、かかった時の年齢，病名，治療を書いてください。

()

・今までに甲状腺以外の病気になった事がありますか？ はい／いいえ

「はい」と答えた方は、かかった時の年齢，病名，治療を書いてください。

()

・現在治療中の病気がありますか？ はい／いいえ

「はい」と答えた方は、かかった時の年齢，病名，現在の治療（薬の名前など）を書いてください。 ※内服薬が多数の場合は、お薬手帳をご提示ください。

()

・アレルギーはありますか？ はい／いいえ

「はい」と答えた方は、原因（薬や食べ物など）と症状（じんましん、のどの違和感など）を書いてください。

()

●その他の事についてお答えください。

・血縁の方で「がん」になった方がいれば、誰がどこのがんかを書いてください。

()

・もし甲状腺がんだとわかった場合、知らせてほしいですか？ はい／いいえ

・もし甲状腺がんになって再発した場合、知らせてほしいですか？ はい／いいえ