

問診票

ID

初めて受診される方をお願いします。診察時に重要なので、お手数ですがご記入ください。

フリガナ	記載者 本人 ・ 代理()	性別
御名前	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 歳	男・女

〒(-) ※福岡県以外の方は、都道府県名からお願いします。

御住所

電話番号 携帯() () 職業

①今の症状を教えてください。当てはまるものにはチェックマークを入れてください。

体重減少 体重増加 汗をかきやすい 声がかすれる 動悸 むくんできた

首が腫れている 首にしこりがある 眼が出てきた 首が痛い 手が震える

その他具体的に

特になし

②ご家族に(甲状腺・副甲状腺)の病気の方がおられますか？ 病名、治療内容がわかればご記入ください。

はい (父 母 兄 弟 姉 妹 娘 息子 祖父 祖母 おじ おば いとこ)

いいえ 家族血縁者にはいない

③今までに下記の病気の診断、治療を受けたことがありますか。 ◆現在治療中のものも含みます。

心疾患 (狭心症・心筋梗塞・不整脈・その他)

脳血管疾患 (脳梗塞・脳出血・その他)

呼吸器疾患 (喘息・肺気腫・その他)

糖尿病 血管疾患

高血圧 事故・怪我

高脂血症 婦人科関連

腎結石

骨粗しょう症

乳腺 (乳腺症・乳がん・その他)

その他 () 病歴なし

④現在服用中のお薬をご記入ください。

薬情報 あり・なし 内服薬なし

⑤下記のものでアレルギー症状が出たことはありませんか？

薬() 食べ物() その他()

造影剤() アレルギー無

⑥嗜好について教えてください。

・喫煙習慣 (有 年 本数/日) 無 過去に有 ・飲酒習慣 毎日・時々・無 飲酒量 /日

⑦女性の方への質問です。下記の中で当てはまるものにチェックをつけてください。

未婚 既婚 妊娠希望あり 不妊治療中 生理不順

妊娠中(第 子 週) 授乳中(ヶ月) 生理中 閉経

☆よろしければ当院を選ばれた理由をお聞かせください。

病院の紹介() 紹介状有・無 Web検索 当院ホームページ 知人に聞いて

ご記入ありがとうございました。 受診日 令和 7 年 月 日 予約時間 (:)

当院は診療情報を取得活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得活用するために、マイナ保険証利用へのご協力をお願いいたします。

医療法人 福甲会 やました甲状腺病院 院長

宛先理事長 (外科・内科) (先生)

事務