

# 問診票

受診日 令和 年 月 日

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。

ID

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|
| 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 |
| 御住所 〒( - )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ※福岡県以外の方は、都道府県名からお願いします。 |     |
| 電話番号 自宅( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 携帯( )                    | 職業  |
| ①受診目的について教えてください。<br>記載例) 手術をすすめられた                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |     |
| ②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。<br><input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 汗をかきやすい <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> むくんできた<br><input type="checkbox"/> 首が腫れている <input type="checkbox"/> 首にしこりがある <input type="checkbox"/> 眼が出てきた <input type="checkbox"/> 首が痛い <input type="checkbox"/> 手が震える<br><input type="checkbox"/> その他具体的に<br><input type="checkbox"/> 特になし                                                                                                  |                          |     |
| ③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。<br><input type="checkbox"/> はい (□父 □母 □兄 □弟 □姉 □妹 □娘 □息子 □祖父 □祖母 □おじ □おば □いとこ)<br><input type="checkbox"/> いいえ 家族血縁者にはいない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |     |
| ④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。<br><input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症・心筋梗塞・不整脈・その他 )<br><input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳梗塞・脳出血・その他 )<br><input type="checkbox"/> 呼吸器疾患(喘息・肺気腫・その他 )<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血管疾患<br><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 事故・怪我<br><input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 婦人科関連<br><input type="checkbox"/> 腎結石<br><input type="checkbox"/> 骨粗しょう症<br><input type="checkbox"/> 乳腺(乳腺症・乳がん・その他 )<br><input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 病歴なし |                          |     |
| ⑤現在服用中のお薬をご記入ください。<br><input type="checkbox"/> 薬情報 あり・なし <input type="checkbox"/> 内服薬なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |     |
| ⑥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?<br><input type="checkbox"/> 薬( ) <input type="checkbox"/> 食べ物( ) <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 造影剤( ) <input type="checkbox"/> アレルギー無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |     |
| ⑦嗜好について教えてください。<br>・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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |     |
| ⑧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。<br><input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 妊娠希望あり <input type="checkbox"/> 不妊治療中 <input type="checkbox"/> 生理不順<br><input type="checkbox"/> 妊娠中(第 子 週) <input type="checkbox"/> 授乳中( ヶ月) <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 病院の紹介( ) 紹介状有・無 <input type="checkbox"/> Web検索 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 知人に聞いて                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |     |

ご記入ありがとうございました。

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