

問診票

受診日 令和 6 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 御名前	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 歳			性別 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。 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。 <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 <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 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他具体的に				
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。 <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> おじ <input type="checkbox"/> おば <input type="checkbox"/> いとこ) <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まれます。 <input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症・心筋梗塞・不整脈・その他) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 (脳梗塞・脳出血・その他) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (喘息・肺気腫・その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 事故・怪我 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 婦人科関連 <input type="checkbox"/> 腎結石 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 乳腺 (乳腺症・乳がん・その他) <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。 <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? <input type="checkbox"/> 薬() <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> その他() <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。 ・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。 <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 <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				

ご記入ありがとうございました。

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。

予約時間 (:)

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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証利用時)

医療法人 福甲会 やました甲状腺病院 院長

☆よろしければ当院を選ばれた理由をお聞かせください。

<input type="checkbox"/> 病院の紹介()	<input type="checkbox"/> 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
(:)	<input type="checkbox"/> 割振りのみ	<input type="checkbox"/> 宛先理事長	診察室(外科・内科・問診不要)	事務 看護