


## 初めて受診される方へ(新患申込書・問診表)

ふりがな		旧姓	性別	 お茶の水甲状腺クリニック OCHANOMIZU THYROID CLINIC	
お名前			男・女		
生年月日	昭・平・令・西暦	年	月		日 ( 歳)
住所	〒	-			
本人電話番号	(携帯) (自宅)				
その他連絡先	(続柄 / お名前 )				
	(続柄 / お名前 )				

問診	ご記入欄	
① 受診理由を教えてください	<input type="checkbox"/> 甲状腺・副甲状腺の精密検査 <input type="checkbox"/> 転院希望 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他( )	
② 自覚症状はありますか？	<input type="checkbox"/> なし あり→	<input type="checkbox"/> 頸部の腫脹 <input type="checkbox"/> 声のかすれ <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 手の震え <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> 汗かき <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 寒がり <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> その他( )
③ 甲状腺・副甲状腺の診察や治療を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし あり→	いつ頃： 病院名： 病名： 治療： <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> アイソトープ <input type="checkbox"/> その他( )
④ 大きな病気・入院・手術をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(具体的に)
④ 常用している内服薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(具体的に)
⑤ 喘息・アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし あり→	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他( )
⑥ 喫煙について	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( 本/日X 年間) <input type="checkbox"/> 過去にあり( 本/日X 年間)
⑦ 妊娠について(女性のみ)	<input type="checkbox"/> 妊娠している( 週) <input type="checkbox"/> 妊娠を希望している <input type="checkbox"/> 現在は妊娠を希望していない	
⑧ 血縁の方で甲状腺・内分泌の病気の方はいらっしゃいますか？(どなたですか？)	<input type="checkbox"/> なし	甲状腺腫瘍・がん( )
	あり→	橋本病・バセドウ病( )
		副甲状腺・下垂体・副腎・膵臓( )
⑨ 当院のことを何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> 医師紹介( ) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 家族・知人 <input type="checkbox"/> 院長が主治医→ <input type="checkbox"/> 伊藤病院 <input type="checkbox"/> 三井記念病院 <input type="checkbox"/> 聖路加国際病院 <input type="checkbox"/> 隈病院 <input type="checkbox"/> 広告( ) <input type="checkbox"/> その他( )	