


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 <small>OCHANOMIZU THYROID CLINIC</small>	
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)	

当院は、マイナ保険証を利用した診療情報を取得・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
 (医療情報取得加算(初診時): マイナ保険証利用の場合1点、健康保険証の場合3点)
 マイナ保険証による診療情報取得に、 同意する 同意しない (どちらかをご選択ください)

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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()
	<input checked="" type="checkbox"/> 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()	