

# 甲状腺が大きい、あるいはホルモンの異常があると言われた方へ

1. いつから指摘されていますか？

2. 自覚する症状、あるいは検診時に指摘されたことはありましたか？

下記に該当するものがあれば、○をして下さい。

動悸、頭痛、肩こり、頻脈、浮遊感、体重減少、多汗、昼間の眠気、気持ちが沈みがち、脱力感、高血圧、肝機能異常、血糖値異常、心電図異常、レントゲン異常、電解質異常、蛋白尿、手の震え、体重増加、甲状腺肥大、食欲亢進、眼球突出

3. 現在の身長と体重をお書きください。

cm

kg

(1ヶ月前の体重

kg)

4. 家族(血縁の方)に甲状腺疾患はいますか？

はい ・ いいえ

→いる場合はその病名を書いてください。

発病年齢がわかる場合はその年齢もお書きください。

5. この質問は妊娠の可能性のある女性の方のみです。最終月経の開始日はいつですか？

6. 喫煙はしていますか？過去に吸っていた方は本数と年数、喫煙した年齢をお書きください。

いいえ

はい →

7. 飲酒はしていますか？はいの場合、飲酒量と回数をお書きください。

いいえ

はい →

回 / 週

8. 今までどちらかで甲状腺の検査あるいは治療を受けたことがありますか？

ある場合はわかる範囲でお書きください。

## 初診の方へ（内科）

来院日( )年( )月( )日
フリガナ
名前 ( )
生年月日 T. S. H. ( )年( )月( )日
年齢 ( )歳
性別 男 ・ 女
住所 〒
( )
電話番号 (自宅 )
(携帯 )

1. 今日はどうなさいましたか？

2. その症状はいつごろから始まっていますか？

3. 身長、体重、最高体重をお書き下さい。

身長 cm

体重 kg

最高体重 kg

4. ご職業は何ですか？

5. 今までに大きな病気をなされたことがありますか？

(お薬によるアレルギーも含めて、もし合わないものがありましたらお書き下さい。)

6. 輸血歴はありますか？

あり なし

7. 常用薬品、常用しているサプリメントはありますか？

(ある場合はお書き下さい。)

8. お酒は飲みますか？

(お飲みになる場合は、種類、量をお書き下さい)

なし

あり ( )杯/日・月

10. 喫煙しますか？

なし

あり( )本/日

9. 睡眠はよくとれますか？

はい

いいえ → 眠りにつきにくい

途中で何度も起きてしまう

早朝に目覚める

11. 妊娠あるいはその可能性がありますか？

いいえ

はい ( )週目

・授乳していますか？

いいえ

はい (→出産日 年 月 日)

12. 当クリニックを何でお知りになりましたか？

a) インターネット

b) どちらかからの紹介(紹介者 )

c) 職場が近所、家が近い