

# 初診の方へ（甲状腺）

:

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. 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

2. いつ頃からどのような症状ですか？（いつ頃から指摘されていますか？）

3. 家族(血縁の方)に甲状腺疾患の方はいますか？

はい ・ いいえ

→いる場合はその病名を書いてください。発病年齢が分かる場合はその年齢もお書きください。

4. 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？わかる範囲でお書きください。

5. 今までに大きな病気をされた事がありますか？

(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. お酒は飲みますか？

(お飲みになる場合は、種類、量をお書きください)

なし    あり( )杯/日・月

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。)

はい                      いいえ

8. 喫煙しますか？

なし                      あり( )本/日

過去に吸っていた

9. 睡眠はよくとれていますか？

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

10. 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)

11. 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