

初診の方へ(甲状腺)

NO.	記入日: 年 月 日			
フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日	歳
お名前	男・女			
住所	〒		電話番号	
			携帯電話	

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→ 眠りに付きにくい・途中で何度も起きる・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(口頭紹介含む) 紹介者:

c) 仕事場が近所、家が近い

12. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい いいえ

13. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

14. 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい いいえ

医療機関名: 受診日: 治療内容:

15. 現在、処方されているお薬はありますか？ はい いいえ

※マイナ保険証で情報取得に同意した場合直近の1ヶ月以内の処方薬を除き記載を省略可能です

16. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)受診しましたか？ はい いいえ

受診時期: 指導事項:

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。

正当な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1…6点 加算2…2点(マイナ保険証を利用した場合)