

問診票（甲状腺）

みなみクリニック

ふりがな

お名前

最近の体重の変化			
<input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> 増えた	カ月で	kg	
<input type="checkbox"/> 減った	カ月で	kg	

症状	<input type="checkbox"/> 首が腫れている	<input type="checkbox"/> 首にしこりがある	<input type="checkbox"/> 心臓がドキドキする	<input type="checkbox"/> 体があつい
	<input type="checkbox"/> 汗をかきやすい	<input type="checkbox"/> 疲れやすくだるい	<input type="checkbox"/> 体が冷え寒がり	<input type="checkbox"/> よく食べる
	<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 太ってきた	<input type="checkbox"/> やせてきた	<input type="checkbox"/> 便秘しやすい
	<input type="checkbox"/> 下痢をしやすい	<input type="checkbox"/> 指先が震える	<input type="checkbox"/> 肌が乾燥している	<input type="checkbox"/> 髪の毛が抜けやすい
	<input type="checkbox"/> 眠れない	<input type="checkbox"/> 目が出てきた	<input type="checkbox"/> 月経不順になった	<input type="checkbox"/> その他 ()
	いつ頃から？ ()			

甲状腺の病気を指摘されたことがある				
<input type="checkbox"/> ない				
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 妊娠中	<input type="checkbox"/> 健診・ドック	<input type="checkbox"/> 他の病気治療中に 検査で指摘された	<input type="checkbox"/> その他 ()

□ 甲状腺の治療を受けたことがある				
<input type="checkbox"/> ない				

□ ある	<input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる			
	<input type="checkbox"/> メルカゾール	<input type="checkbox"/> チウラジール	<input type="checkbox"/> チラージンS	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 薬を飲んでいた			
	<input type="checkbox"/> メルカゾール	<input type="checkbox"/> チウラジール	<input type="checkbox"/> チラージンS	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 手術を受けた			
	<input type="checkbox"/> アイソトープ治療を受けた			

家族歴				
<input type="checkbox"/> 橋本病				
<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> バセドウ病				
<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 甲状腺腫瘍				
<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症				
<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症				
<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹	<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/> その他 ()	