

はじめて来院された方へ



医療法人

野口病院



ふりがな

名前： 年齢： 歳 記入日： 年 月 日

診察に必要な情報ですので、差し支えない範囲でご記入ください。

1 いつ頃から、どのような症状があり本日来院されましたか？

該当するものを○でかこんで下さい。

・自覚症状(ある ・ なし)

該当するものに☑を入れてください。

- 健診・診察で甲状腺(首)が大きいと指摘された 甲状腺の腫れを指摘された
首のしこり のどや首の違和感、痛み 首が大きい 喉の奥の痛み
体がきつい 動悸 汗が多い 暑がり 皮膚が乾燥する 寒がり
体重減少(kg/ ヶ月) 体重増加(kg/ ヶ月) 発熱(38℃以上) 微熱
食欲不振 食欲亢進 便秘 下痢(回/日) 吐き気や嘔吐(回/日)
手のふるえ のどの渇き むくみ
眼が出てきた ものが二重に見える 眼の違和感や痛み

他()

症状がある方は、いつ頃からですか？()

症状の経過はいかがですか？ 悪くなっている 良くなっている 変わらない

その症状について他の医療機関に受診されましたか？紹介状をお持ちの方も記載して下さい。

検査データをお持ちの方はお手元に準備をお願いいたします。

いいえ

はい (病院・医院名 _____ 紹介状：あり・なし)

受診目的で当てはまるものにチェックをお願いします。

- 当院での甲状腺検査/手術希望 内科診察(糖尿病・高血圧・貧血など)
その他()

2 今までに治療したことがある病気、現在治療中の病気がありますか？

いいえ はい (はいの場合はわかる範囲で記載をお願いします)

____歳 病名・治療内容(薬・手術など)： _____

____歳 病名・治療内容(薬・手術など)： _____

その他()

現在内服中の薬 なし ある(本日朝は 内服した 内服していない)

*お薬手帳や糖尿病手帳をお持ちの方は、お手元に準備をお願いします。

裏面に続きます

3 家族構成をご記入ください。

実父(健・死 ___歳) 実母(健・死 ___歳) 兄弟姉妹(___人)(自分を含む)

ご結婚されていますか? はい(___歳の時) いいえ 子供___人

血縁者(両親・兄弟姉妹・子供・おじ・おば・いとこ・祖父母)の方で以下の病気の方はおられますか?

疾患	甲状腺疾患	悪性腫瘍(がん等)	高血圧症	糖尿病	喘息
どなたですか?					

4 今までに飲み薬、注射等でアレルギー症状を起こしたことがありますか?

いいえ はい(薬名・症状等: _____) 不明

・食べ物やアルコール、金属などでアレルギー症状を起こしたことがありますか?

いいえ はい(食品名等: _____) 不明

・健康食品やサプリメントを現在飲んでいますか?

いいえ はい(商品名: _____)

・喘息といわれたことがありますか?

いいえ はい(発症時期: _____) 不明

・タバコを吸いますか?

いいえ はい(___本/日、___年間) やめた(___年前)

・お酒を飲みますか?

全く/ほとんど飲まない 時々(1-3日/週) ほぼ毎日(週4日以上)

・今朝は食事をとりましたか?

いいえ はい(___時頃何を? _____)

・どのようにして当院を知りましたか? 当てはまる項目に○をつけてください。

- ・他院からの紹介
- ・家族の紹介
- ・家族が当院を受診したことがある
- ・知人の紹介
- ・インターネット(ホームページ)
- ・以前当院を受診したことがある

5 女性の方にお聞きします。放射性医薬品を使用する場合がありますので必ずお答えください。

・現在妊娠中ですか? いいえ はい(妊娠___ヶ月) 可能性がある

*妊娠の可能性のある方はご希望があれば尿検査による妊娠反応を受けられますのでお申し出ください。

・現在授乳中ですか? いいえ はい

・ピル(女性ホルモン)を内服中ですか? いいえ はい(薬品名: _____)

・生理についてお尋ねします。最終月経: ___年___月頃 順調 不順 閉経(___歳)