

問診票

記入日 年 月 日

姓		名	
フリガナ			
氏名		性別	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生(歳)		
現住所	〒 -		
	都 県		
	府 道		
	(マンション・アパート名もご記入ください)		
電話番号【携帯】	-	-	
電話番号【自宅】	-	-	
緊急連絡先(ご本人以外)	-	-	(続柄:)
緊急時ご家族への連絡の可否	可・否		
身長:	cm	体重:	kg (おおよそで構いません)
いつ頃からどのような症状がありましたか？			
以前採血を受けた時に気分が悪くなったことはありますか？ はい ・ いいえ			
※以前採血で気分が悪くなった方はベッドに横になった状態で採血を受けて頂きます。			
甲状腺の治療歴がある方は○をおつけください			
バセドウ病 ・ 橋本病 ・ 甲状腺手術 ・ その他()			
ご家族で甲状腺疾患のある方はいますか？(分かる範囲で構いません) はい ・ いいえ			
続柄と病名()			
以前かかれた病気、治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ			
喘息 ・ その他 ()			
現在飲んでいる薬や吸入薬などはありますか？ はい ・ いいえ			
抗凝固薬 ・ その他()			
(血液をサラサラにする薬)			
アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ			
アルコール消毒 ・ ヨード ・ その他()			
当クリニックを受診されたきっかけ(○を点けて下さい。複数回答可)			
1. 他院からの紹介 2. 伊藤病院に受診歴あり 3. HPを見て 4. 家族・知人が当院を勧め()			
5. 通院の便がよいから 6. その他() 7. セカンドオピニオン			

当クリニックでは患者様をお名前でお呼びしています。番号での案内をご希望の方は受付にお声かけ下さい。

※個人情報診療以外には利用いたしません。

※初診の方は保険証をスキャンさせていただきますのでご了承ください。

しづや甲状腺クリニック