

# 甲状腺疾患

ID: \_\_\_\_\_

記入日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ ) 歳 男 ・ 女

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

過去の最高体重 \_\_\_\_\_ kg ( \_\_\_\_\_ ) 歳時 20 歳時の体重 \_\_\_\_\_ kg

最近の体重の変化: \_\_\_\_\_ ヶ月で \_\_\_\_\_ kg 体重が ( 増えた ・ 減った )

## 1. 本日はどのような症状で受診されましたか？

以下に示す症状のうち、現在当てはまるものに  チェックしてください。

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 暑がりになった                | <input type="checkbox"/> 寒がりになった                    | <input type="checkbox"/> 首が腫れてきた       |
| <input type="checkbox"/> 汗をよくかく                 | <input type="checkbox"/> 手足が冷えるようになった               | <input type="checkbox"/> 首が赤く腫れて、押すと痛む |
| <input type="checkbox"/> 微熱がある                  | <input type="checkbox"/> 顔や手足がむくむ                   | <input type="checkbox"/> 首に熱感がある       |
| <input type="checkbox"/> 動悸や息切れを感じる             | <input type="checkbox"/> 声がかすれる                     | <input type="checkbox"/> のどの詰まる感じがする   |
| <input type="checkbox"/> 手指が震える                 | <input type="checkbox"/> 便秘気味                       | <input type="checkbox"/> 頸部の圧迫感がある     |
| <input type="checkbox"/> 下痢気味、便の回数が増加           | <input type="checkbox"/> 皮膚が乾燥している                  | <input type="checkbox"/> 首のしこりに気付いた。   |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすく、身体がだるい           | <input type="checkbox"/> 気分が憂うつである                  | <input type="checkbox"/> しこりが急に大きくなった  |
| <input type="checkbox"/> 脈の乱れを感じる               | <input type="checkbox"/> いくら眠っても眠い                  | <input type="checkbox"/> しこりが痛い        |
| <input type="checkbox"/> 寝てもすぐ起きる               | <input type="checkbox"/> 手のひらが前より黄色い                | <input type="checkbox"/> 痛みが移動してきた     |
| <input type="checkbox"/> 髪の毛が抜けやすくなった           | <input type="checkbox"/> 体毛が減ってきた                   | <input type="checkbox"/> 飲み込む時に首が痛い    |
| <input type="checkbox"/> ふらつきがある                | <input type="checkbox"/> 眉が薄くなった                    |  |
| <input type="checkbox"/> まぶたが完全には閉じない           | <input type="checkbox"/> いびきをかくようになった               |  |
| <input type="checkbox"/> まぶたが腫れる                | <input type="checkbox"/> 無呼吸があると指摘された               |  |
| <input type="checkbox"/> ものが二重に見える              | <input type="checkbox"/> 速く歩けなくなった                  |  |
| <input type="checkbox"/> 目が乾燥してごろごろする           | <input type="checkbox"/> 自転車が下手になった                 |  |
| <input type="checkbox"/> 目が痛む                   | <input type="checkbox"/> もの忘れがありそう                  |  |
| <input type="checkbox"/> 目が充血しやすい               | <input type="checkbox"/> 乳汁が出る                      | <input type="checkbox"/> 特になし          |
| <input type="checkbox"/> 食後や飲酒後等に四肢が脱力して立てなくなった | <input type="checkbox"/> 肩こり、頭痛、めまい、ほてりなど体調不良が続いている | <input type="checkbox"/> その他           |

その他と答えた方は具体的に症状を記載してください

.....  
.....

2. 上記の症状はいつごろから出現し始めましたか？

昭和・平成 年 月頃から / 歳頃から

3. 当科受診以前に甲状腺の病気を指摘されたことがありますか？

- いいえ
- はい →  健診・人間ドックで指摘された
- 症状があったので、近医を受診したら甲状腺の病気だといわれた
- 他の病気で病院を受診した際、検査で甲状腺ホルモンの異常を指摘された  
(受診時の病名 \_\_\_\_\_)
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

4. 当科受診以前に甲状腺の病気に対して治療を受けたことはありますか？

- いいえ
- はい →  甲状腺機能亢進症（バセドウ病）の薬を飲んでいる  
メルカゾール・プロパジール・チウラジール・不明 を 1日 \_\_\_\_\_錠
- 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）の薬を飲んでいましたが、今は飲んでいない  
メルカゾール・プロパジール・チウラジール・不明 を 飲んでいて  
飲んでいて期間 ( \_\_\_\_\_ ) 中止した時期 ( \_\_\_\_\_ )
- 甲状腺ホルモン剤（チラーチンS・その他）を飲んでいる。1日 \_\_\_\_\_錠
- 甲状腺ホルモン剤（チラーチンS・その他）を飲んでいましたが、今は飲んでいない  
飲んでいて期間 ( \_\_\_\_\_ ) 中止した時期 ( \_\_\_\_\_ )
- 甲状腺の手術を受けた 昭和・平成 年 月 日
- アイソトープ治療を受けた 昭和・平成 年 月 日

5. 現在、他の病気がありますか？また、その病気に対して治療を受けてい

れば、治療の内容と治療を受けた医療機関名を下段に書いてください。

- |                                      |  |                               |
|--------------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧         | <input type="checkbox"/> 不整脈（心房細動など）     | <input type="checkbox"/> 狭心症  |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症(脂質異常症) | <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B型/C型)     | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風    | <input type="checkbox"/> 腎臓病             | <input type="checkbox"/> 脳梗塞  |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息       | <input type="checkbox"/> 副腎機能低下症         | <input type="checkbox"/> その他  |
| <input type="checkbox"/> リウマチ        | <input type="checkbox"/> ステロイド薬の内服が必要な病気 |                               |

上記以外に大きな病気で通院したり、入院したり、手術を受けたことがあれば書いてください。

.....

.....

.....

.....

## 6. ご家族(血縁者)のご病気について教えてください。

以下のご病気で当てはまるものはありますか？

	誰に		誰に
<input type="checkbox"/> 糖尿病	( )	<input type="checkbox"/> 狭心症	( )
<input type="checkbox"/> 高血圧	( )	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	( )
<input type="checkbox"/> 高脂血症	( )	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	( )
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風	( )	<input type="checkbox"/> 腎臓病	( )
<input type="checkbox"/> がん	( )	<input type="checkbox"/> リウマチ	( )
<input type="checkbox"/> バセドウ氏病	( )	<input type="checkbox"/> アレルギー	( )
<input type="checkbox"/> 橋本病	( )	<input type="checkbox"/> ホルモンの病気	( )
<input type="checkbox"/> その他の甲状腺疾患	( )	<input type="checkbox"/> その他	( )

上記以外に大きな病気で通院したり、入院したり、手術を受けたことがあれば書いてください。

## 7. 現在の生活習慣についてお答え下さい。

- 食事  昆布、わかめ、かつおだしなどを用いた食品をよく摂取する
  - イソジンなどのヨード製剤を常用している
  - 健康食品や漢方を常用している
- 常用している健康食品や漢方の名前を、わかる範囲で記載してください

※本日実物を持参された方は、この問診表を提出する際に一緒に提出してください。

- タバコを吸いますか？  いいえ  はい (1日 本× 年間)
- お酒を飲みますか？  いいえ  はい (量:1日 を週 日)
- 運動  特にしていない
- 毎日  週 ( ) 回  月 ( ) 回
- 運動内容 ( ) 運動時間 ( ) 分
- 仕事  軽労作 : デスクワークが主の人、主婦など
- 普通の労作 : 立ち仕事が多い職業
- 重労作 : 力仕事が多い職業
- 学生
- 睡眠 おおよそ ( ) 時間 : ( ) 時 ~ ( ) 時

## 8. 現在、職場や地域で定期健診・がん検診を受けていますか？

はい  いいえ

「はい」と答えた方に、今日健診結果をお持ちですか？

お持ちでしたら、この問診表を提出する際に一緒に提出してください。

## 9. 女性の方にお聞きします。

- 現在生理はありますか？  
 順調     不順     閉経後（          歳）  
 現在妊娠の可能性があり生理が止まっている  
 ピルを服用している     その他（          ）
- 妊娠出産の経験はおありですか？     はい     いいえ     現在妊娠中（          ）週  
「はい」と答えた方に、過去の妊娠・出産・流産（中絶を含む）について差し支えない範囲で  
お答え下さい。  
妊娠（          ）回  
※現在妊娠中の方（出産予定日 平成          年          月          日、現在第          週）  
通院中の産婦人科の名前.....連絡先.....  
出産（          ）回（直近2回の時期 昭和・平成          年          月          日、昭和・平成          年          月          日）  
流産（          ）回（直近2回の時期 昭和・平成          年          月          日、昭和・平成          年          月          日）  
その他、妊娠中に医学的な問題を指摘された（具体的に：          ）
  - 現在授乳中ですか？                                   はい     いいえ
  - 今後妊娠・出産を予定、または希望されていますか？     はい     いいえ

## 10. 内服薬や注射でアレルギーが出たことはありますか？

- はい                                   いいえ

はいと答えた方に、アレルギーが出た薬の名前をわかる範囲で詳しく書いてください。

.....  
.....

## 11. 現在内服中の薬はありますか？あれば書いてください。

.....  
.....

お薬手帳をお持ちの方は提出してください。

## 12. その他、医師に対する質問や要望等ございましたら書いてください。

.....  
.....  
.....  
.....

お疲れ様でした。