

フリガナ
氏名

生年月日 (年 月 日)

住所〔〒 - - ）
電話番号（ - - ）

電話番号（ - - ）- / - -

症状	▶ 現在、自覚症状がありますか？ ☐ なし ☐ 首のはれ ☐ 疲れやすい ☐ 胸がドキドキする ☐ 息切れする ☐ 汗をかきやすい ☐ 首のしこり ☐ 眠れない ☐ 眼がでてきた ☐ イライラしやすい ☐ 下痢しやすい ☐ 体温が高い ☐ 食欲がある ☐ 指先がふるえる ☐ 物忘れが多い ☐ 便秘がち ☐ 体温が低い ☐ 食欲がない ☐ 寒がりになった ☐ やる気がない ☐ むくむ ☐ 声がかすれる ☐ 毛が抜ける ☐ 皮膚がかサカサ ☐ 生理不順（_____） ☐ 体重が減った（_____ヵ月または_____年で _____kg → _____kg に減った） ☐ 体重が増えた（_____ヵ月または_____年で _____kg → _____kg に増えた） ▶ その他、気になる症状、不安なこと、ご要望があれば、以下にご記入ください。
治療歴	▶ これまでに甲状腺の治療をしたことがありますか？ ☐ 治療したことがない ☐ 治療したことがある 【病名】 ☐ バセドウ病 ☐ 橋本病(慢性甲状腺炎) ☐ その他（_____） 【治療内容】 ☐ のみ薬（_____） ☐ アイソトープ ☐ 手術 ☐ 経過観察 【病院名】 _____ 【治療期間】 _____
タバコ	☐ 吸わない ☐ 吸っている ： _____ 歳から 1 日 _____ 本程度 ☐ 以前吸っていた： _____ 歳から _____ 歳まで 1 日 _____ 本程度
お酒	☐ 飲まない ☐ 飲む お酒の種類： _____ 飲む頻度： 1 週間に _____ 回 ・ 機会飲酒（付き合い程度） 1 回に飲む量： _____
アレルギー	▶ アレルギーはありますか？ ☐ なし ☐ お薬（_____） ☐ 食べ物（_____）
治療中の病気	▶ 今、甲状腺以外で治療中の病気がありますか？ ☐ なし ☐ あり 【病名】 _____ 【薬】（お薬手帳などをご提示下さい） 【病院名】 _____ 【治療期間】 _____

