

## 診療情報

□の箇所は、該当するところにチェックをしてください。西暦でご記載ください。

甲状腺がんないし疑いと診断された検査（穿刺細胞診・超音波）について教えてください

受診理由	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 福島県民健康調査 <input type="checkbox"/> 自治体検診 <small>右から選択</small> <input type="checkbox"/> その他（受診機関： _____ ） <input type="checkbox"/> 自覚症状（症状： _____ ）		
医療機関			医師名
検査日	20 年 月 日	告知日	20 年 月 日
腫瘍径	最大径	【結節】 _____ mm	【のう胞】 _____ mm
	個数	単発 / 多発（ _____ 個）	
医師に言われたこと等			

甲状腺摘出手術と手術後の確定診断結果について教えてください

医療機関			執刀医名
入院期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		
手術日	20 年 月 日 ※これから手術を受ける方は手術予定日		
術式	<input type="checkbox"/> 全摘 <input type="checkbox"/> 半摘（ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 中央・ <input type="checkbox"/> 右） <input type="checkbox"/> リンパ節切除あり <input type="checkbox"/> 内視鏡手術		
がんの種類	<input type="checkbox"/> 乳頭がん <input type="checkbox"/> 濾胞がん <input type="checkbox"/> ずい様がん <input type="checkbox"/> 低分化がん <input type="checkbox"/> 未分化がん <input type="checkbox"/> その他		
転移等	リンパ節転移（あり・なし）    甲状腺皮膜外浸潤（あり・なし） 遠隔転移（あり・なし） ※TNM分類（ _____ ）		
腫瘍径	_____ mm		
医師に言われたこと等			

現在の状況について教えてください

通院頻度	<input type="checkbox"/> 1年に1回程度 <input type="checkbox"/> 半年に1回程度 <input type="checkbox"/> 3ヶ月に1回程度 <input type="checkbox"/> その他		
最終受診日	20 年 月 日		
医療機関			主治医
薬剤処方	甲状腺ホルモン剤の処方 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし		
体調など			

以前に「福島県県民健康調査」や「自治体検査」を受けた方は検査結果を教えてください

1回目検診（20 年）	2回目検診（20 年）	3回目検診（20 年）
A1・A2・B・C・忘れた	A1・A2・B・C・忘れた	A1・A2・B・C・忘れた

## 再発の方の診療情報

がんが再発・遠隔転移した方、全摘後アブレーション治療を必要とする方のみ以下をご提出ください。

2度目の摘出手術と手術後の確定診断結果について教えてください	
医療機関	執刀医
入院期間	20年 月 日 ～ 20年 月 日
手術日	20年 月 日
がんの種類	<input type="checkbox"/> 乳頭がん <input type="checkbox"/> 濾胞がん <input type="checkbox"/> ずい様がん <input type="checkbox"/> 低分化がん <input type="checkbox"/> 未分化がん <input type="checkbox"/> その他
術式	<input type="checkbox"/> 残っていた半葉（全摘状態になった） <input type="checkbox"/> リンパ節のみ
転移等	リンパ節転移（ <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし） 甲状腺被膜外浸潤（ <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし） 遠隔転移（ <input type="checkbox"/> 肺・ <input type="checkbox"/> 骨・ <input type="checkbox"/> 脳・ <input type="checkbox"/> 他・ <input type="checkbox"/> なし） ※TNM分類が分かる方はお書きください。（ ）
腫瘍径	. mm
再発・転移までの経過	

最近受けたアブレーション治療・アイソトープ治療について教えてください	
入院の有無	<input type="checkbox"/> 入院による治療 <input type="checkbox"/> 外来での治療
治療待ち期間	ヶ月（20年 月～ 20年 月）
医療機関	担当医
ヨウ素制限期間と方法	20年 月 日 ～ 20年 月 日 <input type="checkbox"/> タイロゲンを使用する方法 <input type="checkbox"/> 休薬法
服用日	20年 月 日
ヨード剤内服	年 月 日 ヨード内服量（ ）MBq
サイログロブリンまたはカルシトニンの数値	治療直後の数値： 3ヶ月後の数値： 半年後の数値： 最新の数値：
複数回治療を受けている方はその回数と実施日	計（ ）回 年 月 日（ <input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院）（ ）MBq 年 月 日（ <input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院）（ ）MBq 年 月 日（ <input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院）（ ）MBq 年 月 日（ <input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院）（ ）MBq
甲状腺がん以外の体調変化や現在の状況など	

## 転院された方の診療情報

複数の病院を転院・受診された方のみ以下をご提出ください。

最初に受診した病院	
医療機関	医師名
受診時期	20 年 月 ~ 20 年 月頃
診察内容	
転院理由	

2つ目の病院	
医療機関	医師名
受診時期	20 年 月 ~ 20 年 月頃
診察内容	
転院理由	

3つ目の病院	
医療機関	医師名
受診時期	20 年 月 ~ 20 年 月頃
診察内容	
転院理由	

4つ目の病院	
医療機関	医師名
受診時期	20 年 月 ~ 20 年 月頃
診察内容	
転院理由	