

## 診療情報記入上の注意

### 診療情報 1 (必ず記入してください)

□の箇所は、該当するところにチェック☑をしてください。西暦でご記入ください。

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（自治体名）
	<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】 . ミリメートル（センチでなくミリでご記入ください）	
	個数	単発 / 多発（ 個）	
医師に言われたこと等			

リンパ節転移はなかったけれど予防的にリンパ節を切除した人は、この欄にチェックし、リンパ節転移は「なし」に○印をつけてください。

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 checked="" type="checkbox"/> 半摘（ <input checked="" type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 中央・ <input type="checkbox"/> 右） <input checked="" type="checkbox"/> リンパ節切除あり <input type="checkbox"/> 内視鏡		
がんの種類	<input checked="" 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（例：T1bN1bM0）		
腫瘍径	. ミリメートル（センチでなくミリでご記入ください）		
医師に言われたこと等			

「手引き」の用語の説明をご覧ください

術後の診断説明書などに書いてあることがあります。わかる方はご記入ください。

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			

「福島県民健康調査」や「自治体検査」で検査を受けた方はその結果を教えてください			
1回目検診:20 年 月	2回目:20 年 月	3回目:20 年 月	4回目:20 年 月
A 1・A 2・B・C・ 忘れた・受けていない	A 1・A 2・B・C・ 忘れた・受けていない	A 1・A 2・B・C・ 忘れた・受けていない	A 1・A 2・B・C・ 忘れた・受けていない

