

# 臨床調査個人票

(橋 本 病)

氏 名			性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令		年 月 日
発病年月	年 月	初診年月日	年 月 日	身長	cm	体重	kg	
診 断	確定 疑診	確定年月日	年 月 日	家族歴	有 ( ) 無			
治 療	未治療, 治療中, 治療終了, 経過観察中		治療期間			合併症		
症 状	初 診 時		現 在		誘 因	1.妊娠 6.手術 2.分娩 7.その他 3.感染症 4.過労 5.外傷		
	嗄声	+ -	+ -					
	前頸部圧迫感	+ -	+ -					
	肩こり	+ -	+ -					
	便秘	+ -	+ -					
甲状腺腫	有	大きさ [超音波]		限局性・びまん性		甲状腺腫の経過		
	無	右 ( × × ) cm	左 ( × × ) cm	容積 ( ) ml	硬度 ( )	表面 ( )	圧痛 有 無	リンパ腺腫脹 有 無
		年 月 日	( ) 年	( ) 年	( ) 年	( ) 年	( ) 年	( ) 年
治療経過		年 月 日	発病時(初診時)	月 日	月 日	月 日	月 日	現 在
		治療内容						
甲状腺機能 (↑→↓)								
甲状腺機能検査	T 4 (μg/dl)	正常域:						
	T 3 (ng/dl)	正常域:						
	f T4 (ng/ml)	正常域:						
	f T3 (pg/ml)	正常域:						
	TSH (μU/ml)	正常域:						
	TgAb(RIA) (U/ml)	正常域:						
	TGHA (×)	正常域:						
	TPOAb(RIA) (U/ml)	正常域:						
	MCHA (×)	正常域:						
	*TBII(TRAb) (%)	正常域:						
*TSAb (%)	正常域:							
検査	甲状腺シンチグラム所見							
	甲状腺超音波所見							
	甲状腺 CT 所見							
医師の意見 (診断根拠を必ず記入すること。)				所属施設名 _____				
記載年月日 令和 年 月 日				所在地 _____ (TEL ( ) )				
				主治医氏名 _____ 印				

(\*は、もし検査データがあれば記入する。)