

## 診 療 情 報 個 人 票

## 申請者記入欄

## &lt;基本情報&gt;

申請者 (受診者)	フリガナ 氏 名	診察券№ <sup>※1</sup>	性 別	男・女
生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)			
住 所	(電話番号 )			
県民健康調査甲状腺検査の受診状況 <sup>※2</sup>				
一 次 検 査 の 受 診 の 有 無	<input type="checkbox"/> あり (最終受診日: 年 月 / 不明 ) その時の判定 ( A 1 A 2 B C 不明 ) <input type="checkbox"/> なし			
二 次 検 査 の 受 診 の 有 無	<input type="checkbox"/> あり (最終受診日: 年 月 / 不明 ) せんしきゅういんさいぼうしん 穿刺吸引細胞診 <sup>※3</sup> ( あり なし 不明 ) <input type="checkbox"/> なし			

※1 患者カルテ番号になりますが、分からないときは医療機関にお尋ねください。

※2 該当する□にチェック (☑) し、かつこの該当する項目に必要な事項を記入するか○で  
囲んでください。

※3 甲状腺に針を刺して細胞を吸引し、細胞の性質を詳しく調べる検査です。

## &lt;医療機関に証明してもらう診療日&gt;

入 院 分	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
通 院 分	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日

以下次ページ

**医療機関記入欄（次ページ「お願い」をご一読のうえ、ご記入願います。）**

<診療情報>

**術前通院（経過観察、術前検査等）**

1	受診日	年 月 日	
	結 節	最 大 径	【結 節】 . mm (小数点第1位まで記入) — のう胞内結節の場合：のう胞全体の最大径を併せて記入 —
			【のう胞全体】 . mm (小数点第1位まで記入)
	個 数	単 発 / 多 発 ( 個)	
穿刺吸引細胞診	□実施（確定診断 □悪性または悪性疑い □その他） □未実施		
2	受診日	年 月 日	
	結 節	最 大 径	【結 節】 . mm (小数点第1位まで記入) — のう胞内結節の場合：のう胞全体の最大径を併せて記入 —
			【のう胞全体】 . mm (小数点第1位まで記入)
	個 数	単 発 / 多 発 ( 個)	
穿刺吸引細胞診	□実施（確定診断 □悪性または悪性疑い □その他） □未実施		

**入院（手術）**

1	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	手術日	年 月 日	
	術 式	□全摘 □片葉切除 □その他 ( )	
	病 理 診 断	□乳頭がん □その他 ( )	
	腫 瘍 径	. mm (小数点第1位まで記入)	
	所属リンパ節転移(術後)	□あり □なし	
	遠 隔 転 移	□あり □なし	

**術後通院（退院時処方含む）**

1	受診日	年 月 日	□退院 □通院
	薬 剤 処 方	甲状腺ホルモン剤の処方 □あり（院内・院外） □なし	
	放射性ヨウ素内用療法	□あり（入院・外来） 年 月 日 □なし	
2	受診日	年 月 日	□退院 □通院
	薬 剤 処 方	甲状腺ホルモン剤の処方 □あり（院内・院外） □なし	
	放射性ヨウ素内用療法	□あり（入院・外来） 年 月 日 □なし	

書き切れない場合・特記事項がある場合 → 次ページ に記入

上記のとおり証明します。

年 月 日

所 在 地

医療機関等 名 称

代 表 者

印

< 診療情報 >

術前通院（経過観察、術前検査等）			
3	受診日	年 月 日	
	結 節	最 大 径	【結 節】 .      mm（小数点第1位まで記入） — のう胞内結節の場合：のう胞全体の最大径を併せて記入 — 【のう胞全体】 .      mm（小数点第1位まで記入）
		個 数	単 発 / 多 発 （      個）
	穿刺吸引細胞診	<input type="checkbox"/> 実施（確定診断 <input type="checkbox"/> 悪性または悪性疑い <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 未実施	
入院（手術）			
2	入院期間	年 月 日 ~      年 月 日	
	手術日	年 月 日	
	術 式	<input type="checkbox"/> 全摘 <input type="checkbox"/> 片葉切除 <input type="checkbox"/> その他（      ）	
	病理診断	<input type="checkbox"/> 乳頭がん <input type="checkbox"/> その他（      ）	
	腫 瘍 径	.      mm（小数点第1位まで記入）	
	所属リンパ節転移（術後）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	遠 隔 転 移	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
術後通院（退院時処方含）			
3	受診日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 通院	
	薬剤処方	甲状腺ホルモン剤の処方 <input type="checkbox"/> あり（院内・院外） <input type="checkbox"/> なし	
	放射性ヨウ素内用療法	<input type="checkbox"/> あり（入院・外来）      年 月 日 <input type="checkbox"/> なし	
4	受診日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 通院	
	薬剤処方	甲状腺ホルモン剤の処方 <input type="checkbox"/> あり（院内・院外） <input type="checkbox"/> なし	
	放射性ヨウ素内用療法	<input type="checkbox"/> あり（入院・外来）      年 月 日 <input type="checkbox"/> なし	

< 備考 >（上記記載欄に書ききれない特記事項がある場合はご記入願います。）

本欄に書ききれない場合は任意様式でも可

< 医療機関様へのお願い >

- ・ この書類は福島県「県民健康調査」甲状腺検査後の保険診療の情報を受診者ご本人から福島県に提供していただくためのものです。以上の趣旨にご理解いただき甲状腺がん（疑い）に関する診療情報についてご記載、ご協力をお願いします。
- ・ 証明にあたってはボールペン等のインクでご記入願います。
- ・ 訂正の場合は必ず証明印による訂正をお願いします。