

橋本病臨床調査個人票

(ふりがな) 氏名			性別	男・女	生年月日	年	月	日
	〒							
発病年月	年	月	日	歳頃	初診年月日	年	月	日
受診状況	通院	年	月	日	～	年	月	日
	入院	年	月	日	～	年	月	日
* 認定基準に基づき、基準に該当する例を認定しています。（疑い例は認定できません。） * 18歳以上の者で、入院治療のみが対象となります。								
I	びまん性の硬い甲状腺腫		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
II	甲状腺機能 検査日（		年	月	日）			
	(1)	TSH（	μ U/ml)	<input type="checkbox"/> 低値	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 高値		
	(2)	FT <sub>4</sub> 又はT <sub>4</sub> （	ng/dℓ)	<input type="checkbox"/> 低値	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 高値		
	(3)	FT <sub>3</sub> 又はT <sub>3</sub> （	pg/dℓ)	<input type="checkbox"/> 低値	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 高値		
	(4)	その他の検査						
III	免疫学的所見 検査日（		年	月	日）			
	(1)	抗サイログロブリン抗体（	μ U/ml)	<input type="checkbox"/> 高値	<input type="checkbox"/> 正常			
	(2)	抗甲状腺ペルオキシターゼ抗体（	U/ml)	<input type="checkbox"/> 高値	<input type="checkbox"/> 正常			
	(3)	その他の検査						
IV	一般検査（継続申請の場合、省略してかまいません。）		検査日（	年	月	日）		
	(1)	血沈（	mm/60分)	<input type="checkbox"/> 促進	<input type="checkbox"/> 正常			
	(2)	ZTT（	単位)	<input type="checkbox"/> 高値	<input type="checkbox"/> 正常			
	(3)	その他の検査						
V	病理学定所見（継続申請の場合、省略してかまいません。）		検査日（	年	月	日）		
	(1) 橋本病の特徴（間質のリンパ球浸潤及び線維化の増強、濾胞上皮細胞の変性、崩壊）		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
VI	除外できる疾患							
	<input type="checkbox"/> バセドウ病		<input type="checkbox"/> 単純性甲状腺腫					
VII	治療内容及びその反応性（							
	年		月	現在）				
VIII	臨床症状等入院治療を必要とする理由							
医師の意見				所属施設名 所在地  (TEL ) 医療機関コード 主治医氏名				
診断確定日： 年 月 日								
診断書記載日： 年 月 日								