甲状腺　紹介状

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　性別　男性・女性

生年月日　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

□　ホルモン異常の疑い（機能亢進症、機能低下症）

□　形態の異常（腫瘍、腺腫様甲状腺腫）

□　その他（副甲状腺疾患の疑い）

詳しい問診は当院初診時にご本人よりさせていただきます。

お気付きのことがございましたら、簡単にご記載ください

（主訴、いつ頃から、既往歴、ご家族の甲状腺疾患）

迅速な診察のご希望について

□　即日、もしくは翌日

□　1週間以内を目安に

□　2週間以内を目安に

□　1ヶ月以内を目安に

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）