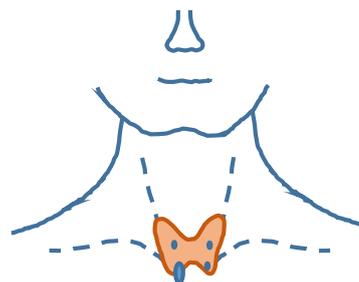


甲状腺 紹介状

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 (_____)

ご依頼医療機関 _____

医師 _____

ご依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日