

これまでの治療内容（一覧） _____

発症時（治療開始前）の検査値（測定日時： _____年 ____月 ____日）

検査項目	データ
白血球数	(/ μ L)
赤血球数	($\times 10^4$ / μ L)
ヘモグロビン	(g/dL)
ヘマトクリット	(%)
血小板	($\times 10^4$ / μ L)
甲状腺刺激ホルモン (TSH)	(μ IU/mL)
遊離トリヨードサイロニン (Free T3)	(pg/mL)
遊離サイロキシン (Free T4)	(ng/dL)
抗甲状腺サイログロブリン抗体 (サイロイドテスト)	(倍)
抗甲状腺 マイクロゾーム抗体 (マイクロゾームテスト)	(倍)
抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (抗 TPO 抗体)	(IU/mL)
抗サイログロブリン抗体	(IU/mL)
放射性ヨード摂取率 (24 時間)	(%)

施設名 _____

記入者名 _____

