

甲状腺について、下記の質問にお答え下さい。

氏名 _____

*どのような全身症状がありましたか？ ○をつけて下さい。

・なし

・あり 動悸 体重減少 汗をかきやすくなった
手や指のふるえ その他 ()

その症状はいつ頃からみられましたか？

年 月頃

*バセドウ病の診断がついたのはいつですか？

年 月頃

*今までに受けた治療に○をつけて下さい。

手術 年 月頃

アイソトープ 年 月頃

内服薬 年 月頃～

*現在、甲状腺の薬を飲んでいますか？

はい いいえ

飲んでいる薬に○をつけて下さい。

抗甲状腺剤 メルカゾール 1日 錠

チウラジール 1日 錠

プロパジール 1日 錠

甲状腺ホルモン剤 チラージンS 1日 錠

ヨード剤 1日 錠 又は 滴

その他 (1日 錠)

不明

*気になる眼の症状に○をつけて下さい。

・なし

・あり 眼球突出 まぶたのはれ 物が二重に見える 視力の低下
眼がみひらく感じになった 充血 その他 ()

また眼の症状はいつ頃からみられましたか？

年 月頃

*今までに甲状腺の眼症状に対して治療を受けたことはありますか？

・なし

・あり ステロイド治療 眼の放射線治療 手術

*血縁の方に甲状腺疾患（バセドウ病、橋本病）の方がいらっしゃいますか？

はい いいえ

*たばこは吸いますか？

はい (1日 本、 年間) いいえ

過去に吸っていた (何年間ですか？ 年間 1日 本)

裏面につづく 

◇ 過去1週間において、あなたの甲状腺眼症が原因で、次の活動がどの程度制限されましたか？

※必ず1~16全ての質問にチェックをお願いします

視機能に関する質問のうち、1. 自転車 および 2. 車の運転については、以下に従って質問に答えて下さい。

1. 自転車：自転車に乗れない（乗り方がわからない、これまで乗ったことがない）場合のみ、“運転しない”をチェックして下さい。
2. 車の運転：運転免許がない場合のみ、“運転しない”をチェックして下さい。

■ 過去1週間における視機能に関する質問

		1点	2点	3点
1. 自転車	<input type="checkbox"/> 運転しない	<input type="checkbox"/> ひどく制限	<input type="checkbox"/> 少し制限	<input type="checkbox"/> 制限なし
2. 車の運転	<input type="checkbox"/> 運転しない	<input type="checkbox"/> ひどく制限	<input type="checkbox"/> 少し制限	<input type="checkbox"/> 制限なし
3. 仕事や家事		<input type="checkbox"/> ひどく制限	<input type="checkbox"/> 少し制限	<input type="checkbox"/> 制限なし
4. 戸外の散歩		<input type="checkbox"/> ひどく制限	<input type="checkbox"/> 少し制限	<input type="checkbox"/> 制限なし
5. 読書		<input type="checkbox"/> ひどく制限	<input type="checkbox"/> 少し制限	<input type="checkbox"/> 制限なし
6. テレビ鑑賞		<input type="checkbox"/> ひどく制限	<input type="checkbox"/> 少し制限	<input type="checkbox"/> 制限なし
7. 趣味や娯楽		<input type="checkbox"/> ひどく制限	<input type="checkbox"/> 少し制限	<input type="checkbox"/> 制限なし
8. したいことができない		<input type="checkbox"/> ひどく制限	<input type="checkbox"/> 少し制限	<input type="checkbox"/> 制限なし

_____点

次の質問は、あなたの甲状腺眼症についての全般的な内容となっています。

■ 過去1週間における社会心理面に関する質問

眼症のために	1点	2点	3点
9. 顔貌の変化が気になる	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> いいえ
10. 他人の視線が気になる	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> いいえ
11. 他人の振る舞いが気になる	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> いいえ
12. 自信がもてない	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> いいえ
13. 他人と接したくない	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> いいえ
14. 友達ができにくい	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> いいえ
15. 写真に写りたくない	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> いいえ
16. 顔貌の変化を隠したい	<input type="checkbox"/> とても	<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> いいえ

_____点