

〒0000-0000

〇〇市〇〇町一丁目〇番〇号

〇〇 〇〇 様

受付番号#

平成23年〇〇月〇〇日

福 島 県

福島県立医科大学

## 甲状腺超音波検査の結果について（案）

このたびは、甲状腺超音波検査へご協力をいただきましてありがとうございます。  
た。

このたびの検査結果について、慎重な検討を行い、以下のとおり判定しましたので  
お知らせいたします。

なお、次回の定期検査は、平成26年度以降に実施する「本格検査」となりますので、  
受診されることをお勧めします。

今後も、皆様の健康を見守るため甲状腺検査に継続して取り組んでまいりますので、  
御理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

(A1) 異常所見は認められませんでした。

(A2) 異常所見ではありませんが、小さな結節（しこり）や嚢胞<sup>のうほう</sup>が認められま  
す。これは、現在の基準からは次回の検査まで経過観察とします。

(B) 二次検査をお勧めします。なお、二次検査の実施につきましては、別途  
お知らせします。

(※) 上記のいずれかを記載

※ 結果について、詳しくは裏面の解説をご覧ください。

※ 本紙を三つ折りにして窓開き封筒にて郵送

## 甲状腺超音波検査の結果についての解説

### (A1)と判定された方およびその保護者の皆様にお伝えします。

異常所見は認められませんでした。  
次回の検査も受診されることをお勧めします。

### (A2)と判定された方およびその保護者の皆様にお伝えします。

小さな結節（しこり）や、<sup>のうぶく</sup>嚢胞（液体が入っている袋のようなもの）\*の場合は、通常の診療においても、検査や治療の対象とならずそのまま経過を観察します。自然退縮（自然に縮んでいくこと）もみられることもありますので、次回の本格検査を受診することで十分と判断いたしました。

次回の検査も受診されることをお勧めします。

\* 5mm以下の結節（しこり）や、または20mm以下の<sup>のうぶく</sup>嚢胞（液体が入っている袋のようなもの）は、現在の診断基準から、二次検査で穿刺吸引細胞診をする必要はないとされておりますので、次回の検査まで経過観察をお勧めします。

### (B) 二次検査を勧められた方およびその保護者の皆様にお伝えします。

二次検査の対象となった皆様の大部分は良性の結節（しこり）であることが予想され、以前から存在していた可能性が高いと考えられます。念のため二次検査（精密な甲状腺の超音波検査、尿検査、血液検査）を行います。なお、精密な超音波検査次第では穿刺吸引細胞診を行う場合があります。

原発事故による放射線の影響で、小児の甲状腺にしこりができることを危惧されている方もいらっしゃるかとは思いますが、今回の検査はあくまでも現在の甲状腺の状態を把握するためのものです。

以上のことから、二次検査が必要ということが放射線による影響が甲状腺に現れたということではありません。

#### 【甲状腺検査に関するお問い合わせ先】

福島県立医科大学 県民健康管理調査事務局

電話番号 024-549-5130 (9:00~17:00)

## 甲状腺検査の二次検査について（案）

このたびは、甲状腺超音波検査へご協力をいただきましてありがとうございました。

このたびの甲状腺超音波検査につきまして、慎重な検討を行った結果、甲状腺に関する二次検査（精密な超音波検査、血液検査、尿検査等）をお勧めしますのでお知らせいたします。

なお、このたびの二次検査の対象となった皆様の大部分は良性の結節（しこり）であることが予想され、以前から存在していた可能性が高いと考えられます。そのため、念のために二次検査を行うことをお勧めします。

今般の原発事故による放射線の影響で、小児の甲状腺にしこりができることを危惧されている方もいらっしゃるかとは思いますが、今回の二次検査はあくまでも現在の甲状腺の状態を詳細に把握するためのものです。

以上のことから、二次検査が必要ということが放射線による影響が甲状腺に現れたということではありません。

今後も、皆様の健康を見守るため甲状腺検査につきまして取り組んでまいりますので、御理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

### 1 二次検査の内容

- (1) 精密な超音波検査  
超音波機器を使用して甲状腺についてより詳しい検査を行います。
- (2) 尿検査  
尿をとって甲状腺に関連する尿のデータを検査します。
- (3) 血液検査  
血液をとって甲状腺に関連する血液のデータを検査します。
- (4) 甲状腺細胞診検査  
精密な超音波検査次第では甲状腺の細胞検査を行う場合があります。

### 2 二次検査実施場所及び日時

- (1) 二次検査場所  
福島県立医科大学附属病院
- (2) 二次検査時期  
平成〇〇年〇月～平成〇〇年〇月（予定）  
（※詳細な検査場所と日時につきましては、別途通知いたします。）