

56-1 プロラクチン分泌異常症 臨床調査個人票

(1. 新規)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年	月	日生	(満 歳)	
住所	〒 () TEL ()			出生 都道府県			発病時在住 都道府県				
発病年月	平成 年 月 日 時頃	初診年 月日	1.昭和 2.平成	年 月 日		保険 種別	1.政 4.国	2.組 5.介	3.共 6.高		
身体障害者 手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし							
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)										
受療動向 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他()										
家族歴	近親結婚: 1.あり 2.なし 3.不明										
	血族内発症: 1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)										
発症と経過	(具体的に記入)										
	【WISH入力不要】 妊娠・分娩歴:										
診断病名	<input type="checkbox"/> プロラクチン(PRL)分泌過剰症										
主症状 年 月 現在	<input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 無月経 <input type="checkbox"/> 不妊 <input type="checkbox"/> 乳汁分泌 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 視力・視野障害										
	<input type="checkbox"/> 性欲低下 <input type="checkbox"/> 陰萎 <input type="checkbox"/> その他()										
検査所見	血清PRL値 (2回以上の測定が必要です)										
	1) _____ ng/ml (測定日: 年 月 日)										
	2) _____ ng/ml (測定日: 年 月 日)										
	3) _____ ng/ml (測定日: 年 月 日) 基準値(~ ng/ml)										
画像検査 実施日 年 月 日	MRI または CT で視床下部下垂体病変										
	下垂体腺腫 <input type="checkbox"/> あり: 鞍内 鞍上進展 海綿静脈洞浸潤 腫瘍容積(H:)mm × (W:)mm × (D:)mm <input type="checkbox"/> なし (下垂体の高さ _____ mm) 視床下部病変 <input type="checkbox"/> あり (具体的な病変:) <input type="checkbox"/> なし										
病因	<input type="checkbox"/> PRL産生下垂体腺腫										
	<input type="checkbox"/> 他の下垂体病変 (疾患名)										
	<input type="checkbox"/> 下垂体茎・視床下部病変 (疾患名)										
鑑別診断	・薬物服用によるPRL分泌過剰 <input type="checkbox"/> 除外できる <input type="checkbox"/> 除外できない										
	・原発性甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 除外できる <input type="checkbox"/> 除外できない										
	・異所性PRL産生腫瘍 <input type="checkbox"/> 除外できる <input type="checkbox"/> 除外できない										
	・慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 除外できる <input type="checkbox"/> 除外できない										
	・胸壁疾患 <input type="checkbox"/> 除外できる <input type="checkbox"/> 除外できない										
他の下垂体 ホルモン分泌	LH・FSH系 1.正常 2.低下 3.亢進										
	TSH系 1.正常 2.低下 3.亢進										
	ACTH系 1.正常 2.低下 3.亢進										
	GH系 1.正常 2.低下 3.亢進										
	バソプレシン系 1.正常 2.低下 3.亢進										
治療	治療内容	1)経過:									
		2)現在の薬物治療 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 種類と量: <input type="checkbox"/> プロモクリプチン <input type="checkbox"/> カベルゴリン <input type="checkbox"/> テルグリド (投与量) 3)その他の治療:									
治療効果	1.あり 2.なし 3.不明 治療後(薬物療法では治療中)血中PRL値 _____ ng/ml 基準値(~ ng/ml)										
	2.不明(これから治療する患者を考慮し)										

その他	1 入院の有無	・なし	・あり(入院期間:)
	2 日常生活の制限	・なし	・あり()
	3 臓器合併症の有無	・なし	・あり()
	4 骨粗しょう症()	
医療上の問題点				
【WISH 入力不要】				
医療機関名				
医療機関所在地				
電話番号 ()				
医師の氏名				
記載年月日:平成 年 月 日				
印				
(軽快者の症状が悪化した場合のみ記載)				
症状が悪化したことを医師が確認した年月日				
平成 年 月 日				
特定疾患登録者証交付年月日				
平成 年 月 日				

2009-10-01

56-1 プロラクチン分泌異常症 臨床調査個人票 (2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年 月 日 生	(満 歳)
氏名								
住所	〒 () TEL ()			出生 都道府県		発病時在住 都道府県		
発病年月	平成 年 月 日 時 頃	初診年 月 日	1.昭和 2.平成	年 月 日	保険 種別	1.政 2.組 3.共 4.国 5.介 6.高		
身体障害者 手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし				
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)						初回認定年月 平成 年 月	
受療動向 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他()							
家族歴	近親結婚: 1.あり 2.なし 3.不明 血族内発症: 1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)							
治療と経過	(具体的に記入)							【WISH入力不要】
	妊娠・分娩歴:							
診断病名	<input type="checkbox"/> プロラクチン(PRL)分泌過剰症							
主症状 年 月 現在	<input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 無月経 <input type="checkbox"/> 不妊 <input type="checkbox"/> 乳汁分泌 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 視力・視野障害 <input type="checkbox"/> 性欲低下 <input type="checkbox"/> 陰萎 <input type="checkbox"/> その他()							
検査所見	血清PRL値 (2回以上の測定が必要です) 1) _____ ng/ml (測定日: 年 月 日) 2) _____ ng/ml (測定日: 年 月 日) 3) _____ ng/ml (測定日: 年 月 日) 基準値(~ ng/ml)							
画像検査 実施日 年 月 日	MRI または CT で視床下部下垂体病変 下垂体腺腫 <input type="checkbox"/> あり: 鞍内 鞍上進展 海綿静脈洞浸潤 腫瘍容積(H:)mm × (W:)mm × (D:)mm <input type="checkbox"/> なし (下垂体の高さ _____ mm) 視床下部病変 <input type="checkbox"/> あり (具体的な病変:) <input type="checkbox"/> なし							
病因	<input type="checkbox"/> PRL産生下垂体腺腫 <input type="checkbox"/> 他の下垂体病変 (疾患名) <input type="checkbox"/> 下垂体茎・視床下部病変 (疾患名)							
鑑別診断	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物服用によるPRL分泌過剰 <input type="checkbox"/> 除外できる <input type="checkbox"/> 除外できない ・原発性甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 除外できる <input type="checkbox"/> 除外できない ・異所性PRL産生腫瘍 <input type="checkbox"/> 除外できる <input type="checkbox"/> 除外できない ・慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 除外できる <input type="checkbox"/> 除外できない ・胸壁疾患 <input type="checkbox"/> 除外できる <input type="checkbox"/> 除外できない 							
他の下垂体 ホルモン分泌	LH・FSH系 1.正常 2.低下 3.亢進 TSH系 1.正常 2.低下 3.亢進 ACTH系 1.正常 2.低下 3.亢進 GH系 1.正常 2.低下 3.亢進 パソプレシン系 1.正常 2.低下 3.亢進							
治療 治療内容	1) 経過: 2) 現在の薬物治療 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 種類と量: <input type="checkbox"/> プロモクリプチン <input type="checkbox"/> カベルゴリン <input type="checkbox"/> テルグリド (投与量) 3) その他の治療:							

	治療効果	1.あり 治療後（薬物療法では治療中）血中 PRL 値 基準値（ _____ ng/ml ~ _____ ng/ml)	2.なし	3.不明	
		2.不明（これから治療する患者を考慮し）			
その他	1 入院の有無	・なし	・あり（入院期間： _____)		
	2 日常生活の制限	・なし	・あり（ _____)		
	3 臓器合併症の有無	・なし	・あり（ _____)		
	4 骨粗しょう症（ _____)				
医療上の問題点					
【WISH 入力不要】					
医療機関名					
医療機関所在地					
電話番号（ _____)					
医師の氏名					
印					
記載年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					

2009-10-01