56-7　下垂体機能低下症　臨床調査個人票　（1．新規）

ふりがな 氏　名		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　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）				
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】

病　因

症候性

1．家族性
2．先天性（家族性を除く）
3．特発性
4．妊娠又は分娩に続発
5．頭蓋咽頭腫（視床下部腫瘍）
6．鞍上部胚細胞性腫瘍（視床下部腫瘍）
7．視床下部・下垂体近傍髄膜腫（視床下部腫瘍）
8．下垂体腺腫（視床下部腫瘍）
9．その他（診断名　）
10．ラトケ嚢胞
11．リンパ球性下垂体炎
12．視床下部下垂体術後又は放射線照射後
13．外傷
14．その他（診断名　）
15．不　明

現　症（　年　月現在）

身　長　cm　体　重　kg
骨年齢　歳

トルコ鞍の拡大　1．あり　2．なし　3．不明
下垂体部異常石灰沈着　1．あり　2．なし　3．不明
頭部 CT での異常　1．あり　2．なし　3．不明
　ありの場合具体的に記載
　（　）
頭部 MRI での異常　1．あり　2．なし　3．不明
　ありの場合具体的に記載
　（　）
抗下垂体抗体　1．陽性　2．陰性　3．不明

機能障害ホルモン（該当するすべてに○）

1．LH/FSH　2．ACTH　3．TSH　4．GH
5．プロラクチン　6．バソプレシン

既　往　症

本人出生時骨盤位出生	1．あり　2．なし　3．不明
出生時状況	1．正常　2．仮死
出生（分娩）の様式	1.鉗子分娩･吸引分娩　2.経膣分娩(1.以外)、3.帝王切開
出　生　日	1.予定日どおり　2.予定日より（　）日前 3.予定日より（　）日遅れ　4.不明
出産時体重	kg
一人立ち	歳　ヶ月
発　語	歳　ヶ月
幼少児時期の疾患	1．あり（　） 2．なし　3．不明
初　経	歳
閉　経	歳
月経状態	1．整　2．不整　3．無　4．不明
妊　娠	回
出　産	回
本人の妊娠中の異常	1．あり　2．なし　3．不明
本人の分娩時の出血	1．正常　2．大量　3．不明

合併症

1．奇形　2．知能障害　3．成長障害　4．運動障害
5．脳梗塞　6．脳出血　7．狭心症　8．心筋梗塞
9．高血圧　10．高脂血症　11．肝障害　12．腎障害
13．糖尿病　14．悪性腫瘍（　）
15．その他（具体的に）（　）

主要臨床症状（　年　月現在）

性欲低下	1．あり	2．なし	3．不明
陰毛、腋毛の脱落	1．あり	2．なし	3．不明
二次性徴発現の遅延	1．あり	2．なし	3．不明
不妊	1．あり	2．なし	
耐寒性低下	1．あり	2．なし	
皮膚乾燥	1．あり	2．なし	
徐脈	1．あり	2．なし	
脱毛	1．あり	2．なし	
体毛の柔軟化	1．あり	2．なし	
精神機能低下(不活発)	1．あり	2．なし	
全身倦怠感	1．あり	2．なし	
気力、集中力低下	1．あり	2．なし	
低血圧症状	1．あり	2．なし	
低血糖症状	1．あり	2．なし	
成長発育の遅延	1．あり	2．なし	
〃　促進	1．あり	2．なし	
乳汁分泌過多	1．あり	2．なし	
〃　低下	1．あり	2．なし	
肥満	1．あり	2．なし	
るいそう	1．あり	2．なし	
食欲不振	1．あり	2．なし	
多飲	1．あり	2．なし	
多食	1．あり	2．なし	
視力視野障害	1．あり	2．なし	
頭痛	1．あり	2．なし	
浮腫	1．あり	2．なし	
筋力低下	1．あり	2．なし	
その他（　）			

内分泌機能検査成績（　　年　　月　　日現在）							
成長ホルモン系 ＊,小児のみ	負荷試験	血中GH					
		インスリン	（前値	ng/㎖、頂値	ng/㎖）	基準値（	～　ng/㎖）
		アルギニン	（前値	ng/㎖、頂値	ng/㎖）	基準値（	～　ng/㎖）
		グルカゴン	（前値	ng/㎖、頂値	ng/㎖）	基準値（	～　ng/㎖）
		GHRP-2	（前値	ng/㎖、頂値	ng/㎖）	基準値（	～　ng/㎖）
		L-ドーパ＊	（前値	ng/㎖、頂値	ng/㎖）	基準値（	～　ng/㎖）
		クロニジン＊	（前値	ng/㎖、頂値	ng/㎖）	基準値（	～　ng/㎖）
	血中IGF－I		（	ng/㎖）		基準値（	～　ng/㎖）
LH／FSH系	血中LH	基礎値	（	mU/㎖）		基準値（	～　mU/㎖）
		LHRH試験	（頂値	mU/㎖）		基準値（	～　mU/㎖）
	血中FSH	基礎値	（	mU/㎖）		基準値（	～　mU/㎖）
		LHRH試験	（頂値	mU/㎖）		基準値（	～　mU/㎖）
	血中テストステロン		（	ng/dℓ）		基準値（	～　ng/dℓ）
	血中エストラジオール		（	pg/㎖）		基準値（	～　pg/㎖）
	その他		（	）		基準値（	～　）
TSH系	血中TSH	基礎値	（	μU/㎖）		基準値（	～　μU/㎖）
		TRH試験	（頂値	μU/㎖）		基準値（	～　μU/㎖）
	血中T3（　ng/㎖）		遊離T4（	ng/dℓ）		基準値（	～　ng/dℓ）
			遊離T3（	pg/㎖）		基準値（	～　pg/㎖）
ACTH系	血中コルチゾール	基礎値	（	μg/dℓ）		基準値（	～　μg/dℓ）
		ACTH試験	（頂値	μg/dℓ）		基準値（	～　μg/dℓ）
		インスリン負荷	（頂値	μg/dℓ）		基準値（	～　μg/dℓ）
	血中ACTH	基礎値	（	pg/㎖）		基準値（	～　pg/㎖）
		CRH試験	（頂値	pg/㎖）		基準値（	～　pg/㎖）
		インスリン負荷	（頂値	pg/㎖）		基準値（	～　pg/㎖）
	尿中フリーコルチゾール	基礎値	（	μg/日）		基準値（	～　μg/日）
プロラクチン系	プロラクチン	基礎値	（	ng/㎖）		基準値（	～　ng/㎖）
		TRH試験	（頂値	ng/㎖）		基準値（	～　ng/㎖）
後葉機能	尿浸透圧 水制限試験（前　mOsm/kg）、（後　mOsm/kg）　1．正常　2．低値　3．高値　4．未施行 パゾプレシン試験（前　mOsm/kg）、（後　mOsm/kg）　1．正常　2．低値　3．高値　4．未施行 5%高張食塩水負荷　血清Na　mEq/L　血漿バゾプレシン　pg/㎖　(同時採血) 血漿バゾプレシン基準値（　～　pg/㎖）						
これまでの治療	薬剤	量	期間	効果			
今後の治療	【WISH入力不要】						
診断根拠	（特に非典型的な場合には、必ず記入してください） 【WISH入力不要】						

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

（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

56-7　下垂体機能低下症　臨床調査個人票　（2．更新）

ふりがな 氏　名		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　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	初回認定年月	
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）			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】

病　因

症候性（視床下部 下垂体腫瘍）

1．家族性
2．先天性（家族性を除く）
3．特発性
4．妊娠又は分娩に続発
5．頭蓋咽頭腫
6．鞍上部胚細胞性腫瘍
7．視床下部・下垂体近傍髄膜腫
8．下垂体腺腫
9．その他（診断名　）
10．ラトケ嚢胞
11．リンパ球性下垂体炎
12．視床下部下垂体術後又は放射線照射後
13．外傷
14．その他（診断名　）
15．不　明

現　症（　年　月現在）

身　長　cm　体　重　kg
骨年齢　歳

トルコ鞍の拡大	1．あり　2．なし　3．不明
下垂体部異常石灰沈着	1．あり　2．なし　3．不明
頭部 CT での異常	1．あり　2．なし　3．不明
ありの場合具体的に記載	（　）
頭部 MRI での異常	1．あり　2．なし　3．不明
ありの場合具体的に記載	（　）
抗下垂体抗体	1．陽性　2．陰性　3．不明

機能障害ホルモン（該当するすべてに○）

1．LH/FSH　2．ACTH　3．TSH　4．GH
5．プロラクチン　6．バソプレシン

既　往　症

本人出生時骨盤位出生	1．あり　2．なし　3．不明
出生時状況	1．正常　2．仮死
出生（分娩）の様式	1.鉗子分娩･吸引分娩　2.経膣分娩(1.以外)、3.帝王切開
出　生　日	1.予定日どおり　2.予定日より（　）日前 3.予定日より（　）日遅れ　4.不明
出産時体重	kg
一人立ち	歳　ヶ月
発　語	歳　ヶ月
幼少児時期の疾患	1．あり（　） 2．なし　3．不明
初　経	歳
閉　経	歳
月経状態	1．整　2．不整　3．無　4．不明
妊　娠	回
出　産	回
本人の妊娠中の異常	1．あり　2．なし　3．不明
本人の分娩時の出血	1．正常　2．大量　3．不明

合併症

1．奇形　2．知能障害　3．成長障害　4．運動障害
5．脳梗塞　6．脳出血　7．狭心症　8．心筋梗塞
9．高血圧　10．高脂血症　11．肝障害　12．腎障害
13．糖尿病　14．悪性腫瘍（　）
15．その他（具体的に）（　）

主要臨床症状（　年　月現在）

性欲低下	1．あり　2．なし　3．不明
陰毛、腋毛の脱落	1．あり　2．なし　3．不明
二次性徴発現の遅延	1．あり　2．なし　3．不明
不妊	1．あり　2．なし
耐寒性低下	1．あり　2．なし
皮膚乾燥	1．あり　2．なし
徐脈	1．あり　2．なし
脱毛	1．あり　2．なし
体毛の柔軟化	1．あり　2．なし
精神機能低下(不活発)	1．あり　2．なし
全身倦怠感	1．あり　2．なし
気力、集中力低下	1．あり　2．なし
低血圧症状	1．あり　2．なし
低血糖症状	1．あり　2．なし
成長発育の遅延	1．あり　2．なし
〃　促進	1．あり　2．なし
乳汁分泌過多	1．あり　2．なし
〃　低下	1．あり　2．なし
肥満	1．あり　2．なし
るいそう	1．あり　2．なし
食欲不振	1．あり　2．なし
多飲	1．あり　2．なし
多食	1．あり　2．なし
視力視野障害	1．あり　2．なし
頭痛	1．あり　2．なし
浮腫	1．あり　2．なし
筋力低下	1．あり　2．なし

その他（　）

内分泌機能検査成績（　　年　　月　　日現在）

成長ホルモン系 ＊,小児のみ	負荷試験	血中GH						
		インスリン	（前値	ng/㎖、頂値	ng/㎖）	基準値（	～	ng/㎖）
		アルギニン	（前値	ng/㎖、頂値	ng/㎖）	基準値（	～	ng/㎖）
		グルカゴン	（前値	ng/㎖、頂値	ng/㎖）	基準値（	～	ng/㎖）
		GHRP-2	（前値	ng/㎖、頂値	ng/㎖）	基準値（	～	ng/㎖）
		L-ドーパ＊	（前値	ng/㎖、頂値	ng/㎖）	基準値（	～	ng/㎖）
		クロニジン＊	（前値	ng/㎖、頂値	ng/㎖）	基準値（	～	ng/㎖）
	血中IGF－I		（	ng/㎖）		基準値（	～	ng/㎖）
LH／FSH系	血中LH	基礎値	（	mU/㎖）		基準値（	～	mU/㎖）
		LHRH試験	（頂値	mU/㎖）		基準値（	～	mU/㎖）
	血中FSH	基礎値	（	mU/㎖）		基準値（	～	mU/㎖）
		LHRH試験	（頂値	mU/㎖）		基準値（	～	mU/㎖）
	血中テストステロン		（	ng/dℓ）		基準値（	～	ng/dℓ）
	血中エストラジオール		（	pg/㎖）		基準値（	～	pg/㎖）
	その他		（	）		基準値（	～	）
TSH系	血中TSH	基礎値	（	μU/㎖）		基準値（	～	μU/㎖）
		TRH試験	（頂値	μU/㎖）		基準値（	～	μU/㎖）
	血中T3（ ng/㎖）		遊離T4（	ng/dℓ）		基準値（	～	ng/dℓ）
			遊離T3（	pg/㎖）		基準値（	～	pg/㎖）
ACTH系	血中コルチゾール	基礎値	（	μg/dℓ）		基準値（	～	μg/dℓ）
		ACTH試験	（頂値	μg/dℓ）		基準値（	～	μg/dℓ）
		インスリン負荷	（頂値	μg/dℓ）		基準値（	～	μg/dℓ）
	血中ACTH	基礎値	（	pg/㎖）		基準値（	～	pg/㎖）
		CRH試験	（頂値	pg/㎖）		基準値（	～	pg/㎖）
		インスリン負荷	（頂値	pg/㎖）		基準値（	～	pg/㎖）
	尿中フリーコルチゾール	基礎値	（	μg/日）		基準値（	～	μg/日）
プロラクチン系	プロラクチン	基礎値	（	ng/㎖）		基準値（	～	ng/㎖）
		TRH試験	（頂値	ng/㎖）		基準値（	～	ng/㎖）

後葉機能	尿浸透圧 水制限試験（前　mOsm/kg）、（後　mOsm/kg）　1．正常　2．低値　3．高値　4．未施行 パゾプレシン試験（前　mOsm/kg）、（後　mOsm/kg）　1．正常　2．低値　3．高値　4．未施行 5%高張食塩水負荷　血清Na　mEq/L　血漿バゾプレシン　pg/㎖　(同時採血) 血漿バゾプレシン基準値（　～　pg/㎖）
これまでの治療	薬剤　量　期間　効果
今後の治療	【WISH入力不要】
診断根拠	(特に非典型的な場合には、必ず記入してください) 【WISH入力不要】

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