56-6　先端巨大症　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】						
発見契機	1．手足の容積の変化　2．顔貌の変化　3．頭痛　4．高血圧　5．糖尿病 6．視力・視野障害　7．性機能低下　8．その他（　）						
主症候 年　月現在	□ 手足容積の増大 □ 先端巨大症様顔貌（眉弓部の膨隆，鼻・口唇の肥大，下顎の突出など） □ 巨大舌						
副症候 年　月現在	□ 発汗過多　□ 頭痛　□ 視力・視野障害　□ 月経異常（女性） □ 睡眠時無呼吸症候群　□ 耐糖能異常　□ 高血圧　□ 咬合不全 □ 感覚障害（手根管症候群を含む）						
検査所見 実施日 年　月　日	1　血中成長ホルモン（GH） GH 基礎値：＿＿＿＿ ng/ml 2　ブドウ糖負荷 前値 ＿＿＿ ng/ml　底値: ＿＿＿ ng/ml　□ 正常域に抑制なし ブドウ糖負荷試験を行っていない場合はその理由を診断根拠に明記すること 3　血中 IGF-I（ソマトメジン C） ＿＿＿＿ ng/ml　（年齢性別基準値：＿＿＿＿～＿＿＿＿）						
画像検査 実施日 年　月　日	4　MRI または CT 下垂体腺腫　□ あり：□ 微小腺腫（≦10 mm）　□ マクロ腺腫（＞10 mm） □ なし　（下垂体の高さ ＿＿＿＿ mm） 5　単純 XP □ トルコ鞍の拡大ないしは破壊，□ 副鼻腔の拡大ないしは突出 □ 外後頭隆起の突出 □ 下顎角の開大ないしは下顎の突出，□ 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形 足底部軟部組織厚 heel pad：左 ＿＿ mm，右 ＿＿ mm　増大（≧22 mm）□ あり						
GH の奇異反応	TRH：□あり，□ なし；　LHRH：□あり，□ なし；　CRH：□あり，□ なし ブロモクリプチン：□あり，□ なし；ブドウ糖負荷：□あり，□ なし その他の負荷試験の反応（　）						
合併症	1．糖尿病（HbA1c＿＿＿%）、 2．境界型糖尿病（HbA1c＿＿＿%）、3．高血圧（ ＿＿/＿＿ mmHg） 4．心疾患（□ 心筋梗塞，□ 心筋症，□ 心不全，□ その他　）5．脳血管障害 6．脂質異常症（LDL-C ＿＿＿mg/dl、中性脂肪＿＿＿mg/dl）、 7．肝障害（AST＿＿＿IU/l、 ALT＿＿＿IU/l） 8．腎障害（Cr＿＿＿mg/dl）、9．運動障害　１０．多発性内分泌腫瘍症　Ⅰ型　１１．大腸ポリープ １２．甲状腺良性腫瘍、１３．その他の良性／悪性腫瘍（　） １４．その他（具体的に）（　）						

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 プロラクチン（PRL）　1．正常　2．低下　3．亢進 ADH 系　1．正常　2．低下　3．亢進
治療経過	治療法	1．下垂体手術（1．経蝶形骨洞　2．開頭）（施設名　　） 2．下垂体照射（1．通常　2．定位）（施設名　　） 3．薬物療法 ☐ 酢酸オクトレオチド 投与量　　期間 ☐ ペグビソマント 投与量　　期間 ☐ ドパミン作動薬　☐ ブロモクリプチン　☐ カベルゴリン 投与量　　期間 ☐ その他　薬剤名： 投与量　　期間 4．未治療 5．その他
	治療効果	1．あり　1．成長ホルモン低下　2．先端巨大症の症候改善　3．視力・視野改善　2．なし　3．不明 治療後（薬物療法では治療中）血中成長ホルモン　＿＿＿＿ ng/ml IGF-I　＿＿＿＿ ng/ml　（年齢性別基準値：　＿＿＿＿～＿＿＿＿） 2．不明（これから治療する患者を考慮し）
組織所見		免疫染色（複数可） 1．GH　2．PRL　3．GH＋PRL（同時）　4．TSH　5．FSH　6．LH　7．αサブユニット 8．ACTH　9．その他　（　　） サイトケラチン染色：☐ 施行（パターン　　）：☐ 未施行　☐ 不明 組織診断
治療		（特に薬物治療の予定について記載してください。） 【WISH 入力不要】
診断根拠		（特に非典型的な場合には、必ず記入して下さい） 【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

医師の氏名　　㊞　　電話番号　（　　）

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

特定疾患登録証交付年月日　平成　年　月　日

56-6　先端巨大症　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				
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	（前回申請からの変化を中心に具体的に記入） 【WISH 入力不要】						
発見契機	1．手足の容積の変化　2．顔貌の変化　3．頭痛　4．高血圧　5．糖尿病 6．視力・視野障害　7．性機能低下　8．その他（　）						
主症候 年　月現在	□ 手足容積の増大 □ 先端巨大症様顔貌（眉弓部の膨隆，鼻・口唇の肥大，下顎の突出など） □ 巨大舌						
副症候 年　月現在	□ 発汗過多　□ 頭痛　□ 視力・視野障害　□ 月経異常（女性） □ 睡眠時無呼吸症候群　□ 耐糖能異常　□ 高血圧　□ 咬合不全 □ 感覚障害（手根管症候群を含む）						
検査所見 実施日 年　月　日	1　血中成長ホルモン（GH） GH 基礎値：＿＿＿＿ ng/ml 2　ブドウ糖負荷 前値 ＿＿＿ ng/ml　底値: ＿＿＿ ng/ml　□ 正常域に抑制なし ブドウ糖負荷試験を行っていない場合はその理由を診断根拠に明記すること 3　血中 IGF-I（ソマトメジン C） ＿＿＿＿ ng/ml　（年齢性別基準値：＿＿＿＿～＿＿＿＿）						
画像検査 実施日 年　月　日	4　MRI または CT 下垂体腺腫　□ あり：□ 微小腺腫（≦10 mm）　□ マクロ腺腫（＞10 mm） □ なし　（下垂体の高さ ＿＿＿＿ mm） 5　単純 XP □ トルコ鞍の拡大ないしは破壊，□ 副鼻腔の拡大ないしは突出 □ 外後頭隆起の突出 □ 下顎角の開大ないしは下顎の突出，□ 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形 足底部軟部組織厚 heel pad：左 ＿＿ mm，右 ＿＿ mm　増大（≧22 mm）□ あり						
GH の奇異反応	TRH：□あり，□ なし；　LHRH：□あり，□ なし；　CRH：□あり，□ なし ブロモクリプチン：□あり，□ なし；ブドウ糖負荷：□あり，□ なし その他の負荷試験の反応（　）						
合併症	1．糖尿病（HbA1c＿＿＿%）、 2．境界型糖尿病（HbA1c＿＿＿%）、3．高血圧（＿＿/＿＿ mmHg） 4．心疾患（□ 心筋梗塞，□ 心筋症，□ 心不全，□ その他　）5．脳血管障害 6．脂質異常症（LDL-C ＿＿＿mg/dl、中性脂肪＿＿＿mg/dl）、 7．肝障害（AST＿＿＿IU/l、 ALT＿＿＿IU/l） 8．腎障害（Cr＿＿＿mg/dl）、9．運動障害　10．多発性内分泌腫瘍症　I 型　11．大腸ポリープ 12．甲状腺良性腫瘍、13．その他の良性／悪性腫瘍（　） 14．その他（具体的に）（　）						

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 プロラクチン（PRL）　1．正常　2．低下　3．亢進 ADH 系　1．正常　2．低下　3．亢進
治療経過	治療法	1．下垂体手術（1．経蝶形骨洞　2．開頭）（施設名　　） 2．下垂体照射（1．通常　2．定位）（施設名　　） 3．薬物療法 ☐ 酢酸オクトレオチド 投与量　　期間 ☐ ペグビソマント 投与量　　期間 ☐ ドパミン作動薬　☐ ブロモクリプチン　☐ カベルゴリン 投与量　　期間 ☐ その他　薬剤名： 投与量　　期間 4．未治療 5．その他
	治療効果	1．あり　1．成長ホルモン低下 2．先端巨大症の症候改善 3．視力・視野改善 2．なし　3．不明 治療後（薬物療法では治療中）血中成長ホルモン　＿＿＿＿ ng/ml IGF-I　＿＿＿＿ ng/ml　（年齢性別基準値：　＿＿＿＿～＿＿＿＿） 2．不明（これから治療する患者を考慮し）
組織所見		免疫染色（複数可） 1．GH　2．PRL　3．GH＋PRL（同時）　4．TSH　5．FSH　6．LH　7．αサブユニット 8．ACTH　9．その他　（　　） サイトケラチン染色：☐ 施行（パターン　　）：☐ 未施行　☐ 不明 組織診断
治療		（特に薬物治療の予定について記載してください。） 【WISH 入力不要】
診断根拠		（特に非典型的な場合には、必ず記入して下さい） 【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

医師の氏名　　㊞　　電話番号　（　　）

記載年月日：平成　　年　　月　　日

2009-10-01