

56-4 下垂体性TSH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)
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)							
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】								
身長・体重	発病前最大		確 診 時		現 在			
	_____cm、 _____kg		_____cm、 _____kg		_____cm、 _____kg			
主要症候	1. 主症状 (年 月 日現在) 動悸 頻脈 体重減少 甲状腺腫 発汗増加 頭痛 視野・視力障害 心房細動 不整脈 心不全 月経障害 陰萎 その他()							
	2. 診断時までの治療: 抗甲状腺剤 (期間) 甲状腺摘出 (手術日 年 月 日) ¹³¹ I 内用療法 (実施日 年 月 日)							
検査所見	測定日: 年 月 日	検査値			基準値			
	血中遊離T4	_____ng/dl			_____~_____ng/dl			
	血中遊離T3	_____pg/ml			_____~_____pg/ml			
	血清TSH	_____μU/ml			_____~_____U/ml			
	血中 サブユニット	_____ng/ml			_____~_____ng/ml			
	サブユニット/TSH モル比 (血清 サブユニット (ng/ml)/TSH · U/ml X 10)							
	GH	_____ng/ml			_____~_____ng/ml			
	測定していれば IGF1	_____ng/ml			_____~_____ng/ml			
	プロラクチン	_____ng/ml			_____~_____ng/ml			
	ACTH	_____pg/ml			_____~_____pg/ml			
コルチゾール	_____μg/dl			_____~_____μg/dl				
抗TSHレセプター抗体	_____IU/L			_____~_____IU/L				
TSAb	_____%			_____~_____%				
負荷試験	TRH 負荷試験 負荷前TSH(μIU/ml) 30分 _____ 60分 _____ 90分 _____ 120分 _____							
甲状腺エコー	(所見 施行せず)							

甲状腺ヨード摂取率 (シンチグラフィ)	1, 施行せず 2, % びまん性、結節性
その他のホルモン異常 (機能低下症)	G H系 LH/FSH系 ACTH系 PRL系
下垂体画像	X線 実施日 年 月 日 トルコ鞍拡大 1. あり 2. なし その他 ()
	CT 実施日 年 月 日 1. 腫瘍あり () 2. なし
	MRI 実施日 年 月 日 1. 腫瘍あり () 2. なし
合併症	1. 多発性内分泌腫瘍症 型 2. 糖尿病 3. 狭心症 4. 高血圧 5. 脳梗塞 6. 脳出血 7. 心筋梗塞 8. 高脂血症 9. 肝障害 10. 腎障害 11. その他 (具体的に)
治療経過	1. 下垂体手術 (1. 経蝶形骨洞 2. 開頭) 施設名 () 年) 2. 薬物療法 (薬物名) (期間) 3. 下垂体照射 施設名 () 年) 4. その他 5. 未治療
	治療効果 1. あり () 2. なし 3. 不明
今後の治療	(特に薬物治療の必要性について記入してください) 【WISH入力不要】
病理	下垂体 1. なし 2. あり 所見 ()
現在の活動状況	(発病後 年 月) 1. 正常人と同じ 2. やや制限 3. 中等度制限 4. 高度制限
診断根拠	(特に非典型的な場合、甲状腺ホルモン不応症との鑑別、合併するGHやプロラクチンなどその他のホルモン分泌異常も必ず記入して下さい) 【WISH入力不要】
医療上の問題 【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	

56-4 下垂体性TSH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)
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】								
身長・体重	発病前最大		確 診 時		現 在			
	_____cm、 _____kg		_____cm、 _____kg		_____cm、 _____kg			
主要症候	1. 主症状 (年 月 日現在) 動悸 頻脈 体重減少 甲状腺腫 発汗増加 頭痛 視野・視力障害 心房細動 不整脈 心不全 月経障害 陰萎 その他()							
	2. 診断時までの治療: 抗甲状腺剤 (期間) 甲状腺摘出 (手術日 年 月 日) ¹³¹ I 内用療法 (実施日 年 月 日)							
検査所見	測定日: 年 月 日	検査値			基準値			
	血中遊離T4	_____ng/dl			_____ ~ _____ ng/dl			
	血中遊離T3	_____pg/ml			_____ ~ _____ pg/ml			
	血清TSH	_____μU/ml			_____ ~ _____ U/ml			
	血中 サブユニット	_____ng/ml			_____ ~ _____ ng/ml			
	サブユニット/TSH モル比 (血清 サブユニット (ng/ml)/TSH · U/ml X 10)							
	GH	_____ng/ml			_____ ~ _____ ng/ml			
	測定していれば IGF1	_____ng/ml			_____ ~ _____ ng/ml			
	プロラクチン	_____ng/ml			_____ ~ _____ ng/ml			
	ACTH	_____pg/ml			_____ ~ _____ pg/ml			
コルチゾール	_____μg/dl			_____ ~ _____ μg/dl				
抗TSHレセプター抗体	_____IU/L			_____ ~ _____ IU/L				
TSAb	_____%			_____ ~ _____ %				
負荷試験	TRH 負荷試験 負荷前TSH(μIU/ml) 30分 _____ 60分 _____ 90分 _____ 120分 _____							

