

076 下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

診断（新規）

診断根拠	
------	--

A. 症状

理学所見（治療前）			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg
脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/分	体温	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 度
拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
主症状（治療前）			
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
1. 小児： 性ホルモン 分泌亢進症候	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	2. 成人男性： 女性化乳房	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
3. 不妊	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	4. 閉経期前の 成人女性： 過少月経	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

5. その他 腫瘍に伴う 中枢神経症状	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	その他の内容		
性欲低下	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	乳房萎縮	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
性器萎縮	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	視野障害	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
二次性徴	<input type="checkbox"/> 1.欠如 <input type="checkbox"/> 2.進行停止 <input type="checkbox"/> 3.遅延		
頭痛	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	男性： ED（勃起障害）	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
陰毛、 腋毛の脱落	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

1. 検査所見			
検査年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
TRH 負荷試験	FSH、LH の異常増加反応	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
ゴナドトロピン 負荷試験	性ホルモン増加反応	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
性器器質的異常	異常の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
血中 LH	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL	
	基準値（自）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL	
	基準値（至）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL	
血中 FSH	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL	
	基準値（自）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL	
	基準値（至）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL	
血中 hCG	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL	
	基準値（自）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL	
	基準値（至）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL	

血中テストステロン (男性)	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL
血中エストラジオール (女性)	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL

2. 画像検査

検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
-------	--

視床下部や下垂体の腫瘍性病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
----------------	---

3. 病理検査

検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
-------	--

下垂体腫瘍組織のゴナドトロピン産生 (免疫組織化学的検索による)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
-------------------------------------	---

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
--	---

<input type="checkbox"/> 原発性性腺機能低下に基づく反応性ゴナドトロピン分泌過剰
--

<診断のカテゴリー>

Definite : ①~③をすべて満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
-----------------------	--

<input type="checkbox"/> ① A. の主症状 1.、2.、4.、5. を満たす
<input type="checkbox"/> ② B-1. でゴナドトロピン (LH、FSH、hCG) または GnRH (LHRH) によって生じるゴナドトロピン分泌過剰を認める
<input type="checkbox"/> ③ B-2. 画像検査およびB-3. 病理検査の項目の全てを満たすもの

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

--

■ 発症と経過

既往歴 (女性のみ)	閉経の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし	
	妊娠回数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回
	出産回数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回
病歴の概要					
経過					

■ 治療その他

薬物治療の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし	
	薬物名			
	投与量			
	期間			
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	内容			
治療経過及び治療効果の内容				
今後の治療				

■ 重症度分類に関する事項

<input type="checkbox"/> 軽症：下記以外
<input type="checkbox"/> 重症：下記のいずれかを満たす
<input type="checkbox"/> 1. 視床下部腫瘍（胚細胞腫や奇形腫または過誤腫）による hCG または GnRH 産生
<input type="checkbox"/> 2. 下垂体機能低下症を併発するゴナドトロピン産生下垂体腺腫

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。)
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。