

073 下垂体性 TSH 分泌亢進症

■ 行政記載欄

受給者番号	<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"/>							
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

A. 症状

理学所見（治療前）			
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
身長・体重等			
発病前最大	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
確診時	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
現在	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
主症状（治療前）			
検査日	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		
i) 頭痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	ii) 視力・視野障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
iii) 発汗増加	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	iv) 体重減少	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
v) 不整脈	<input type="checkbox"/> 1. 頻脈 <input type="checkbox"/> 2. 徐脈 <input type="checkbox"/> 3. 心房細動 <input type="checkbox"/> 4. なし		

vi) 動悸	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	心不全	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
甲状腺腫大	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし			
月経異常 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	ED(勃起障害) (男性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
	その他の 内容				
合併症の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 2. 高血圧	<input type="checkbox"/> 3. 狭心症	<input type="checkbox"/> 4. 心筋梗塞
		<input type="checkbox"/> 5. 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 6. 脳出血	<input type="checkbox"/> 7. 高脂血症	<input type="checkbox"/> 8. 肝障害
		<input type="checkbox"/> 9. 腎障害	<input type="checkbox"/> 10. 多発性内分泌腫瘍症 I 型	<input type="checkbox"/> 11. その他	

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

検査所見 (治療前)					
検査年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
血中遊離 T4	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/dL
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/dL
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/dL
血中遊離 T3	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL
血清 TSH	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μU/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μU/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μU/mL
血中 αサブユニット (測定した場合)	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL

GH	測定値	<input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> ng/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
IGF1	測定値	<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"/> ng/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
プロラクチン	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
ACTH	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
コルチゾール	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
抗 TSH レセプター抗体	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
TSAb	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
α サブユニット/TSH モル比		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

その他のホルモン異常				
GH系	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	LH/FSH系	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
ACTH系	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	PRL系	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
バソプレシン系	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし			
画像所見				
X線	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		
	トルコ鞍拡大	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	所見			
CT	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		
	下垂体腫瘍の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	所見			
MRI	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		
	下垂体腫瘍の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	所見	<input type="checkbox"/> 1.下垂体微小腺腫 (10mm以下) <input type="checkbox"/> 2.下垂体マクロ腺腫 (10mmを超える)		
	海綿静脈洞進展の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	鞍上部進展の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
病理所見 (免疫組織学的検索)				
陽性のもの	<input type="checkbox"/> 1. TSH	<input type="checkbox"/> 2. TSH β	<input type="checkbox"/> 3. PRL	<input type="checkbox"/> 4. GH
	<input type="checkbox"/> 5. FSH	<input type="checkbox"/> 6. LH	<input type="checkbox"/> 7. α サブユニット	<input type="checkbox"/> 8. ACTH
負荷試験 (治療前) (新規)				
TRH負荷試験	負荷前 TSH	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μ U/mL		
	頂値	<input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 60分 <input type="checkbox"/> 90分 <input type="checkbox"/> 120分		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μ U/mL		

甲状腺エコー			
施行有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	びまん性 甲状腺腫大	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
所見			
甲状腺ヨード摂取率（シンチグラフィ）			
施行有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	数値	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
内容	<input type="checkbox"/> 1. びまん <input type="checkbox"/> 2. 結節性		

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite : ①～④をすべて満たす
① A. の i) ～vi) およびBのびまん性甲状腺腫大のうち1項目以上を満たす
② 血中甲状腺ホルモンが高値にもかかわらず血中TSHは用いた検査キットにおける健常者の年齢・性別基準値と比して正常値～高値を示す
③ B. のMRI またはCT 検査で下垂体腫瘍を認める
④ B. の病理所見で1. または2. が陽性である
<input type="checkbox"/> Probable : Definite の条件のうち、B. の病理所見以外すべてを満たす
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

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

現在の活動状況	<input type="checkbox"/> 1. 正常人と同じ <input type="checkbox"/> 2. やや制限 <input type="checkbox"/> 3. 中等度制限 <input type="checkbox"/> 4. 高度制限
発病後年月	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> か月

■ 治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
----	---

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	
下垂体手術	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 経蝶形骨洞 <input type="checkbox"/> 2. 開頭
	施設名	
	手術日	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
下垂体照射	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	施設名	
	実施日	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
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	内容	
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	治療経過及び治療効果の内容	

■ 重症度分類に関する事項 最も重症度の高い項目を疾患の重症度とする

	軽症	重症
血清遊離T4濃度	<input type="checkbox"/> 1.5~3.0 ng/mL	<input type="checkbox"/> 3.1 ng/mL 以上
血清TSH濃度	<input type="checkbox"/> 5.0μU/mL 以下	<input type="checkbox"/> 5.1μU/mL 以上
画像所見	<input type="checkbox"/> 下垂体微小腺腫	<input type="checkbox"/> 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"/>	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"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<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。