

077 下垂体性成長ホルモン分泌亢進症

■ 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"/> <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"/> <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	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									
	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							
主症候	<input type="checkbox"/> 1. 手足容積の増大 <input type="checkbox"/> 2. 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） <input type="checkbox"/> 3. 巨大舌										
副症候	<input type="checkbox"/> 1. 発汗過多 <input type="checkbox"/> 2. 頭痛 <input type="checkbox"/> 3. 視力・視野障害 <input type="checkbox"/> 4. 月経異常（女性） <input type="checkbox"/> 5. 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 6. 耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 7. 高血圧 <input type="checkbox"/> 8. 咬合不全 <input type="checkbox"/> 9. 頭蓋骨および手足の単純X線の異常 <input type="checkbox"/> 10. 感覚障害（手根管症候群を含む）										

合併症				
合併症の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
合併症の進行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
糖尿病	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	HbA1c	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	
境界型糖尿病	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	HbA1c	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	
高血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	収縮期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	拡張期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
肝障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	AST	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	ALT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
腎障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
運動障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	多発性内分泌腫瘍症 I 型	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
大腸ポリープ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	甲状腺良性腫瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
その他の良性／悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	腫瘍			
その他の合併症				

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

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		
血清成長 ホルモン (GH)	GH 基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	
	ブドウ糖 負荷	前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
		底値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
		正常域に抑制なし	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	血清 IGF-I (ソマトメジン C)	年齢・性別基準値 (白)	年齢・性別基準値 (至)
血清 IGF-I (ソマトメジン C)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
GH の奇異反応			
TRH	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未施行
LHRH	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未施行
CRH	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未施行
ブロモクリプチン	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未施行
ブドウ糖負荷	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未施行
その他 負荷試験の 反応			
他の下垂体ホルモン分泌			
LH・FSH 系	<input type="checkbox"/> 1. 正常	<input type="checkbox"/> 2. 低下	<input type="checkbox"/> 3. 亢進
TSH 系	<input type="checkbox"/> 1. 正常	<input type="checkbox"/> 2. 低下	<input type="checkbox"/> 3. 亢進
ACTH 系	<input type="checkbox"/> 1. 正常	<input type="checkbox"/> 2. 低下	<input type="checkbox"/> 3. 亢進
バソプレシン系	<input type="checkbox"/> 1. 正常	<input type="checkbox"/> 2. 低下	<input type="checkbox"/> 3. 亢進
プロラクチン (PRL)	<input type="checkbox"/> 1. 正常	<input type="checkbox"/> 2. 低下	<input type="checkbox"/> 3. 亢進

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
MRI または CT	下垂体腺腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 微小腺腫 (≦10mm) <input type="checkbox"/> 2. マクロ腺腫 (>10mm)	
単純 X 線	トルコ鞍の拡大 ないしは破壊	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	手指末骨節の 花キャベツ様肥大変形	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	足底部軟部組織厚 heel pad	左 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	右 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
		増大 (22mm 以上) の有無 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
病理所見			
免疫染色	<input type="checkbox"/> 1. GH <input type="checkbox"/> 2. PRL <input type="checkbox"/> 3. TSH <input type="checkbox"/> 4. FSH <input type="checkbox"/> 5. LH <input type="checkbox"/> 6. αサブユニット <input type="checkbox"/> 7. ACTH <input type="checkbox"/> 8. その他		
サイトケラチン 染色	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	パターン		
組織診断			

<診断のカテゴリ>

<input type="checkbox"/> Definite : ①および②を満たす <input type="checkbox"/> ① A. の主症候 1 項目以上を認める <input type="checkbox"/> ② B. の GH 分泌過剰、血清 IGF-1 の高値 (年齢・性別基準値の 2SD 以上)、CT または MRI で下垂体腺腫の所見を認める
<input type="checkbox"/> 可能性を考慮 : B. のブドウ糖負荷で GH が正常域に抑制されたり、臨床症候が軽微な場合でも、IGF-1 が高値で CT または MRI で下垂体腺腫の所見を認める
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

ペグビソマント	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	投与量	
	期間	
プロモクリプチン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	投与量	
	期間	
カベルゴリン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	投与量	
	期間	
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	薬剤名	
	投与量	
	期間	
下垂体照射	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 通常 <input type="checkbox"/> 2. 定位
	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
未治療	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	

視力・視野障害の改善	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明		
耐糖能	<input type="checkbox"/> 1. 改善	<input type="checkbox"/> 2. 不変	<input type="checkbox"/> 3. 悪化	<input type="checkbox"/> 4. 未施行	
腫瘍サイズ	<input type="checkbox"/> 1. 消失	<input type="checkbox"/> 2. 縮小	<input type="checkbox"/> 3. 不変	<input type="checkbox"/> 4. 悪化	<input type="checkbox"/> 5. 未施行
その他					
今後の治療					

■ 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

重症度分類	<input type="checkbox"/> 1. 軽症	<input type="checkbox"/> 2. 中等症	<input type="checkbox"/> 3. 重症
	軽症	中等症	重症
血清 GH 濃度	<input type="checkbox"/> 1ng/mL 未満	<input type="checkbox"/> 1ng/mL 以上 2.5ng/mL 未満	<input type="checkbox"/> 2.5ng/mL 以上
血清 IGF-1 濃度 SD スコア	<input type="checkbox"/> +2.5 未満	<input type="checkbox"/> +2.5 以上	<input type="checkbox"/> +2.5 以上
臨床的活動性（頭痛、発汗過多、感覚異常、関節痛）・合併症	<input type="checkbox"/> 治療中の合併症がある	<input type="checkbox"/> 2つ以上の臨床症状を認める	<input type="checkbox"/> 臨床的活動性および合併症の進行を認める

■ 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
診断年月日	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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。