

078-05 下垂体前葉機能低下症  
(成人 GH 分泌不全症)

## ■ 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

A. 主要所見

理学所見			
収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
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			
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		
1. 成長障害（小児期発症で）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
2. 易疲労感、スタミナ低下、集中力低下、気力低下、うつ状態、性欲低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
3. 皮膚の乾燥と菲薄化、体毛の柔軟化、体脂肪（内臓脂肪）の増加、ウエスト／ヒップ比の増加、除脂肪体重の低下、骨量の低下、筋力低下	<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	
	内容	
既往歴	頭蓋内基質性疾患の合併ないし既往歴、治療歴または周産期異常の既往	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
機能障害ホルモン	<input type="checkbox"/> 1.LH/FSH <input type="checkbox"/> 2.ACTH <input type="checkbox"/> 3.TSH <input type="checkbox"/> 4.GH <input type="checkbox"/> 5.プロラクチン <input type="checkbox"/> 6.バソプレシン	
合併症	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	

**B. 検査所見** \*小数点も1文字として記入する

内分泌機能			
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. 成長ホルモン系			
負荷試験	(1) インスリン負荷	血中 GH 前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
		血中 GH 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	(2) アルギニン負荷	血中 GH 前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
		血中 GH 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	(3) グルカゴン負荷	血中 GH 前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
		血中 GH 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	(4) GHRP-2 負荷	血中 GH 前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
		血中 GH 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
血清 IGF-I	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	
2. GH を含めて複数の下垂体ホルモンの分泌低下			<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし

病型分類

重症成人成長ホルモン分泌不全症

1. 成長障害あるいは、易疲労感や皮膚の乾燥などの症候があり、かつ2種類以上の分泌刺激試験におけるGH頂値がすべて1.8 ng/mL以下（GHRP-2負荷試験では9 ng/mL以下）のもの。

2. 頭蓋内基質性疾患の合併ないし既往歴、治療歴または周産期異常の既往があり、複数の下垂体ホルモンの分泌低下があり、かつ1種類の分泌刺激試験におけるGH頂値が1.8 ng/mL以下（GHRP-2負荷試験では9 ng/mL以下）のもの。

---

中等度成人成長ホルモン分泌不全症（成人GH分泌不全症の判定基準に適合するもので、重症成人GH分泌不全症以外のもの）

<診断のカテゴリー>

Definite 1 : A-1、あるいはA-2、-3を満たし、かつB-1で2種類以上のGH分泌刺激試験において下記※の基準を満たすもの

Definite 2 : Aの既往歴およびB-2を満たし、B-1で1種類のGH分泌刺激試験において下記※の基準を満たすもの

Possible : A-1~3および既往歴のうち1項目以上を満たし、かつB-1の血清IGF-I値が年齢および性を考慮した基準値に比べ低値であるもの

いずれにも該当しない

※GH分泌刺激試験として、B-1の負荷試験を行い、下記の値が得られること：B-1 (1) , (2) または (3) の負荷試験において、負荷前および負荷後120分間（(3)では180分間）にわたり、30分ごとに測定した血清（血漿）GHの頂値が3 ng/mL以下である。B-1 (4) の負荷試験で、負荷前および負荷後60分にわたり、15分毎に測定した血清（血漿）GH頂値が9 ng/mL以下であるとき、B-1 (1) におけるGH頂値1.8 ng/mL以下に相当する低GH分泌反応であるとみなす

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（新規）			
本人出生時骨盤位出生	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
出生時状況	<input type="checkbox"/> 1. 正常	<input type="checkbox"/> 2. 仮死	
頭蓋内器質性疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
周産期異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

病因			
遺伝性・家族性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	妊娠又は分娩に続発	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
頭蓋咽頭腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	神経下垂体胚細胞腫瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
視床下部・下垂体近傍髄膜腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	下垂体腺腫	<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		
	診断名		
特発性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	ラトケ嚢胞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
リンパ球性下垂体炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	不明	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
病歴の概要			

■ 治療その他

薬物療法		
薬物 1	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	薬物名	
	投与量	
	期間	
	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	

薬物2	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	薬物名	
	投与量	
	期間	
	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

重症度	<input type="checkbox"/> 1. 軽症 <input type="checkbox"/> 2. 重症	
	軽症	<input type="checkbox"/> 1. 特発性間脳性無月経 <input type="checkbox"/> 2. 心因性無月経など
	重症	<input type="checkbox"/> 1. 間脳下垂体腫瘍などの器質的疾患に伴うもの <input type="checkbox"/> 2. 先天異常に伴うもの <input type="checkbox"/> 3. 複合型下垂体ホルモン分泌不全症または汎下垂体機能低下症 <input type="checkbox"/> 4. 重症の成長ホルモン分泌不全症 <input type="checkbox"/> 5. ACTH 単独欠損症、ゴナドトロピン単独欠損症

■ 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ます。）
- ・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。