

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"/>	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"/>	cm	体重	<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			

<診断のカテゴリー>

<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

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 (新規)

病歴の概要	
発見契機	<input type="checkbox"/> 1. 手足の容積の変化 <input type="checkbox"/> 2. 顔貌の変化 <input type="checkbox"/> 3. 頭痛 <input type="checkbox"/> 4. 高血圧 <input type="checkbox"/> 5. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 6. 視力・視野障害 <input type="checkbox"/> 7. 性功能低下 <input type="checkbox"/> 8. その他

■ 治療その他

治療法	
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
	実施日 西暦 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> 日
薬物治療の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
酢酸オクトレオチド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	種類 <input type="checkbox"/> 1. LAR <input type="checkbox"/> 2. SC
	投与量
	期間
ランレオチド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	投与量
	期間

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	

今回申請時までに行った治療（更新）	
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
	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
薬物治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	<input type="checkbox"/> 1. 酢酸オクトレオチド <input type="checkbox"/> 2. ランレオチド <input type="checkbox"/> 3. ペグビソマント
	<input type="checkbox"/> 4. プロモクリプチン <input type="checkbox"/> 5. カベルゴリン <input type="checkbox"/> 6. その他
下垂体照射	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	種類 <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 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
	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
	<input type="checkbox"/> 1. 成長ホルモン低下 <input type="checkbox"/> 2. 先端巨大症の症候改善 <input type="checkbox"/> 3. 視力・視野改善
治療後（薬物治療では治療中） 血清成長ホルモン（新規）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
治療後 IGF-I （新規）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	年齢性別 基準値（自） <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	年齢性別 基準値（至） <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
病態変化（更新）	
血清GHの低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未施行
血清IGF-1	<input type="checkbox"/> 1. 正常化 <input type="checkbox"/> 2. 正常化はしていないが低下 <input type="checkbox"/> 3. 不変 <input type="checkbox"/> 4. 増加
症状の改善	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

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

- ・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。
- ・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。