

074 下垂体性 PRL 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

PRL 産生下垂体腺腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
他の下垂体病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	疾患名	
下垂体茎・ 視床下部病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	疾患名	
診断根拠		

A. 症状

理学所見			
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		
月経不順・ 無月経 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	不妊 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
乳汁分泌	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	性欲低下 (男性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
女性化乳房 (男性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	頭痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
視力・ 視野障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	陰萎 (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			
骨粗しょう症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
その他合併症			
病態変化の 有無 (更新)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

血清検査						
検査年月日	1回目	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			
	2回目	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			
	3回目	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			
	治療後	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 PRL 値	1回目	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	2回目	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL		
	3回目	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	治療後	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL		
血清 PRL 値 (基準値)	(自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	(至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL		
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
GH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
画像検査						
検査年月日 (MRI または CT)	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				
下垂体腺腫の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 微小腺腫 (10mm 以下) <input type="checkbox"/> 2. マクロ腺腫 (10mm を超える)				
視床下部病変の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
	具体的な病変					
	変化	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
種々の原因による高 PRL 血症	<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"/> 1. 薬物服用による PRL 分泌過剰	<input type="checkbox"/> 2. 原発性甲状腺機能低下症	<input type="checkbox"/> 3. 異所性 PRL 産生腫瘍	
<input type="checkbox"/> 4. 慢性腎不全	<input type="checkbox"/> 5. 胸壁疾患		

<診断のカテゴリー>

Definite : ①および②を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> ① A. の主症状の 1 項目を満たす <input type="checkbox"/> ② 血清 PRL 基準値の上昇（複数回、安静時に採血し免疫学的測定法で測定していずれも 20ng/mL 以上を確認できるもの）を認めるもの		

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

既往症（女性のみ）			
妊娠・分娩歴	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし
初経時期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	閉経時期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳

■ 治療その他

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

薬物療法	
薬物治療の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
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
テルグリド	<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

手術療法	
<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
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
その他の治療	
<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
内容	
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
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
下垂体照射 (更新)	
<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
施設名	
照射日	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
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

■ 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	中等症	重症
血清 PRL 濃度	<input type="checkbox"/> 20~50ng/mL	<input type="checkbox"/> 51~200ng/mL	<input type="checkbox"/> 201ng/mL 以上
臨床所見	<input type="checkbox"/> 不規則な月経	<input type="checkbox"/> 無月経・乳汁漏出、 性機能低下	<input type="checkbox"/> 無月経・乳汁漏出、 性機能低下、 汎下垂体機能低下
画像所見他	<input type="checkbox"/> 微小下垂体腺腫 種々の原因による 高 PRL 血症	<input type="checkbox"/> 下垂体腺腫 種々の原因による 高 PRL 血症	<input type="checkbox"/> 下垂体腺腫 (含む巨大腺腫)

■ 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"/> 全介助		
		<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"/> 全介助		
		<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。