

臨床調査個人票 074.下垂体性PRL分泌亢進症（新規）

■基本情報

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
生年月日	西暦	年	月 日
出生市区町村	性別		
出生時氏名(変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな) 名(かな)
家族歴			
近親者の発症者の有無	1.あり 2.なし 3.不明 発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他 続柄		
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:		
発病時の状況			
発症年月	西暦	年	月
社会保障			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし		要介護度 1 2 3 4 5
生活状況			
移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いくらか問題がある 3.寝たきりである		
身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題はない 2.いくらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いくらか問題がある 3.行うことができない		
痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい		
不安/ふさぎ込み	1.問題はない 2.中程度 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる		
連絡事項			

■診断

診断病名			
PRL産生下垂体腺腫	1.あり 2.なし		
他の下垂体病変	1.あり 2.なし	疾患名	
下垂体茎・視床下部病変	1.あり 2.なし	疾患名	
診断根拠			
診断根拠			

■発症と経過

既往症(女性のみ)			
妊娠・分娩歴	1.あり 2.なし		
初経時期	歳	閉経時期	歳
病歴の概要			

■臨床所見

理学所見			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	度
拡張期血圧	mmHg	収縮期血圧	mmHg
主症状(治療前)			
検査日	西暦 年 月 日		
月経不順(女性のみ)	1.あり 2.なし	不妊	1.あり 2.なし
乳汁分泌	1.あり 2.なし	性欲低下	1.あり 2.なし
女性化乳房(男性のみ)	1.あり 2.なし	頭痛	1.あり 2.なし
視力・視野障害	1.あり 2.なし	月経異常(女性のみ)	1.あり 2.なし
ED(勃起障害)(男性のみ)	1.あり 2.なし	その他	1.あり 2.なし その他の内容
合併症			
骨粗しょう症	1.あり 2.なし		
その他合併症			

■検査所見

検査所見				
	1回目	2回目	3回目	治療後
検査年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
血清PRL値	ng/mL	ng/mL	ng/mL	ng/mL
	基準値 (白)		基準値 (至)	
血清PRL値	ng/mL		ng/mL	

他の下垂体ホルモン分泌

LH・FSH系	1. 正常 2. 低下 3. 亢進	TSH系	1. 正常 2. 低下 3. 亢進
ACTH系	1. 正常 2. 低下 3. 亢進	GH系	1. 正常 2. 低下 3. 亢進
バソプレシン系	1. 正常 2. 低下 3. 亢進		

画像検査

(治療前)

検査年月日 (MRIまたはCT)	西暦 年 月 日
下垂体腺腫の有無	1. あり 2. なし 所見 1. 微小腺腫(10mm以下) 2. マクロ腺腫(10mmを超える)
視床下部病変の有無	1. あり 2. なし 具体的な病変
種々の原因による高PRL血症	1. あり 2. なし

■鑑別診断

鑑別診断

除外できる疾患	1. 薬物服用によるPRL分泌過剰 2. 原発性甲状腺機能低下症 3. 異所性PRL産生腫瘍 4. 慢性腎不全 5. 胸壁疾患
マクロプロラクチン血症	1. あり 2. なし 3. 不明

■重症度

重症度

血清PRL 濃度	ng/mL
臨床所見	1. あり 2. なし 1. 不規則な月経 2. 無月経・乳汁漏出 3. 性機能低下 4. 汎下垂体機能低下
画像所見ほか	1. あり 2. なし 1. 微小下垂体腺腫 2. 下垂体腺腫 3. 下垂体腺腫 (含む巨大腺腫) 4. 種々の原因による高PRL血症

■治療その他

未治療			
未治療	1.あり 2.なし		
治療経過			
薬物療法			
薬物治療の有無	1.あり 2.なし		
プロモクリプチン	1.あり 2.なし	投与量	期間
カベルゴリン	1.あり 2.なし	投与量	期間
テルグリド	1.あり 2.なし	投与量	期間
その他	1.あり 2.なし	薬剤名	投与量 期間
手術療法			
手術療法	1.実施 2.未実施		
種類	1.経蝶形骨洞 2.開頭	施設名	手術日 西暦 年 月 日
その他の治療			
その他の治療	1.実施 2.未実施 内容		実施日 西暦 年 月 日
治療効果			
治療効果	1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明		
今後の治療			
人工呼吸器（使用者のみ詳細記入）			
使用の有無	1.あり 2.なし		
以下 有の場合 開始時期	西暦 年 月	離脱の見込み	1.あり 2.なし
種類	1.気管切開口を介した人工呼吸器 2.鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	1.間欠的施行 2.夜間に継続的に施行 3.一日中施行 4.現在は未施行		
生活状況	食事1.自立 2.部分介助 3.全介助 椅子とベッド間の移動1.自立 2.軽度の介助 3.部分介助 4.全介助 整容1.自立 2.部分介助 3.全介助 トイレ動作1.自立 2.部分介助 3.全介助 入浴1.自立 2.部分介助 3.全介助 移動1.自立 2.軽度の介助 3.部分介助 4.全介助 階段昇降1.自立 2.部分介助 3.全介助 更衣1.自立 2.部分介助 3.全介助 排便コントロール1.自立 2.部分介助 3.全介助 排尿コントロール1.自立 2.部分介助 3.全介助		
医療機関名			
医療機関所在地	指定医番号		
医師の氏名	電話番号 ()		
	印	記載年月日：平成 年 月 日	

- 診断書には過去6か月間で一番悪い状態の内容を記載してください。 ※自筆または押印のこと
ただし、診断に関わる項目については、いつの時点のものでも構いません。
- 診断基準、重症度分類については、「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。

Ver. 141107