

臨床調査個人票 076.下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症（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	性別	1.男	2.女

出生市区町村				
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			
診断根拠			

■発症と経過			
既往歴(女性のみ)			
閉経の有無	1.あり 2.なし		
妊娠回数	回	出産回数	回

病歴の概要			

経過			

■臨床所見			
理学所見(治療前)			
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	不妊	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	
性器萎縮	1.あり 2.なし		乳房萎縮		1.あり 2.なし	
二次性徴	1.欠如 2.進行停止 3.遅延		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		陰毛、腋毛の脱落		1.あり 2.なし	
性ホルモン分泌亢進症候(小児のみ)	1.あり 2.なし		頭痛		1.あり 2.なし	
視野障害	1.あり 2.なし		その他		1.あり 2.なし その他の内容	

■ 検査所見

検査所見 (治療前)				
検査年月日	西暦 年 月 日			
TRH負荷試験	TRH負荷試験によるFSH、LHの異常増加反応1.あり 2.なし			
ゴナドトロピン負荷試験	ゴナドトロピン負荷試験により性ホルモン増加反応1.あり 2.なし			
性器器質的異常	性器に器質的な異常の有無1.あり 2.なし			
LHRH	m IU/mL			
	測定値	基準値 (白)	基準値 (至)	
血中LH	m IU/mL	m IU/mL	m IU/mL	
血中FSH	m IU/mL	m IU/mL	m IU/mL	
血中hCG	m IU/mL	m IU/mL	m IU/mL	
血中テストステロン(男性)	ng/mL	ng/mL	ng/mL	
血中エストラジオール(女性)	pg/mL	pg/mL	pg/mL	

画像検査 (治療前)	
検査年月日	西暦 年 月 日
視床下部や下垂体の腫瘍性病変	1.あり 2.なし

病理検査	
検査年月日	西暦 年 月 日
下垂体腫瘍組織のゴナドトロピン産生(免疫組織化学的検索による)	1.あり 2.なし

鑑別診断	
薬物性のゴナドトロピン分泌異常症	1.鑑別できる 2.鑑別できない

重症度	
1. 視床下部腫瘍(胚細胞腫や奇形腫または過誤腫)によるhCG またはGnRH 産生	
2. 下垂体機能低下症を併発するゴナドトロピン産生下垂体腺腫	

治療その他	
薬物療法	
薬物治療の有無	1.あり 2.なし 薬物名 投与量 期間

その他の治療	
その他の治療	1.実施 2.未実施 内容

治療効果	
治療経過及び治療効果の内容	

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	指定医番号
医療機関所在地	電話番号 ()
医師の氏名	
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。