

臨床調査個人票 077.下垂体性成長ホルモン分泌亢進症（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
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			
診断根拠			
診断根拠			
■発症と経過			
病歴の概要			
発見契機			
発見契機	1.手足の容積の変化2.顔貌の変化3.頭痛4.高血圧5.糖尿病6.視力・視野障害7.性機能低下8.その他 その他の内容		

■臨床所見

理学所見 (治療前)			
身長	cm	体重	kg
主症候 (治療前)			
検査日	西暦 年 月 日		
主症候	1.手足容積の増大 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) 3.巨大舌		
副症候 (治療前)			
検査日	西暦 年 月 日		
副症候	1.発汗過多2.頭痛3.視力・視野障害4.月経異常(女性)5.睡眠時無呼吸症候群6.耐糖能異常7.高血圧8.咬合不全9.感覚障害(手根管症候群を含む)		
合併症			
合併症の有無	1.あり 2.なし	合併症の進行	1.あり 2.なし
糖尿病	1.あり 2.なし HbA1c %	境界型糖尿病	1.あり 2.なし HbA1c %
高血圧	1.あり 2.なし 収縮期 mmHg 拡張期 mmHg		
心疾患	1.あり 2.なし 種類1.心筋梗塞 2.心筋症 3.心不全 4.その他	その他の内容	
脳血管障害	1.あり 2.なし		
脂質異常症	1.あり 2.なし LDL-C mg/dL 中性脂肪 mg/dL		
肝障害	1.あり 2.なし AST IU/L ALT IU/L		
腎障害	1.あり 2.なし Cr mg/dL		
運動障害	1.あり 2.なし	多発性内分泌腫瘍症 I型	1.あり 2.なし
大腸ポリープ	1.あり 2.なし	甲状腺良性腫瘍	1.あり 2.なし
その他の良性/悪性腫瘍	1.あり 2.なし 腫瘍		
その他			

■検査所見

検査所見 (治療前)			
検査年月日	西暦 年 月 日		
血中成長ホルモン(GH)	GH基礎値 ng/mL	ブドウ糖負荷	前値 ng/mL 底値 ng/mL 正常域に抑制なし 1.あり 2.なし
	血中IGF-I(ソマトメジンC) ng/mL		年齢性別基準値(自) ng/mL 年齢性別基準値(至) ng/mL
血中IGF-I(ソマトメジンC)	ng/mL		ng/mL
GHの奇異反応 (治療前)			
TRH	1.あり 2.なし 3.未施行	LHRH	1.あり 2.なし 3.未施行
CRH	1.あり 2.なし 3.未施行	プロモクリプチン	1.あり 2.なし 3.未施行
ブドウ糖負荷	1.あり 2.なし 3.未施行	その他の負荷試験の反応	
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	バソプレシン系	1.正常 2.低下 3.亢進
プロラクチン(PRL)	1.正常 2.低下 3.亢進		

画像検査

(治療前)			
検査年月日	西暦 年 月 日		
MRIまたはCT	下垂体腺腫1.あり 2.なし 所見1.微小腺腫(≤10mm) 2.マクロ腺腫(>10mm)		
単純X線	トルコ鞍拡大ないしは破壊	1.あり 2.なし	
	副鼻腔の拡大ないしは突出	1.あり 2.なし	
	外後頭隆起の突出	1.あり 2.なし	
	下顎角の開大ないしは下顎の突出	1.あり 2.なし	
	手指末骨節の花キャベツ様肥大変形	1.あり 2.なし	
足底部軟部組織厚heel pad	左 mm 右 mm	増大(22mm以上)の有無 1.あり 2.なし	

病理所見

免疫染色	GH1.あり 2.なし PRL1.あり 2.なし GH+PRL(同時)1.あり 2.なし TSH1.あり 2.なし FSH1.あり 2.なし LH1.あり 2.なし αサブユニット1.あり 2.なし ACTH1.あり 2.なし その他		
サイトケラチン染色	サイトケラチン染色 1.実施 2.未実施 パターン		
組織診断			

■重症度

重症度			
血清GH 濃度	ng/mL	血清IGF-1 濃度SD スコア	
合併症の進行	1.あり 2.なし	臨床的活動性	1.あり 2.なし 1.頭痛 2.発汗過多 3.感覚異常 4.関節痛

■治療その他

治療法			
下垂体手術	1.実施 2.未実施	種類1.経蝶形骨洞 2.開頭	実施日 西暦 年 月 日
薬物治療の有無	1.あり 2.なし		
酢酸オクトレオチド	1.あり 2.なし	種類1.LAR 2.SC 投与量	期間
ランレオチド	1.あり 2.なし	投与量	期間
ペグビソマント	1.あり 2.なし	投与量	期間
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
その他	1.あり 2.なし	薬剤名	投与量 期間
下垂体照射	1.実施 2.未実施	種類1.通常 2.定位	実施日 西暦 年 月 日
未治療	1.あり 2.なし		
その他の治療	1.実施 2.未実施		

治療効果			
治療効果	1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明 内容1.成長ホルモン低下 2.先端巨大症の症候改善 3.視力・視野改善		
治療後(薬物治療では治療中)血中成長ホルモン	ng/mL	治療後IGF-I	ng/mL
年齢性別基準値(自)	ng/mL	年齢性別基準値(至)	ng/mL

臨床的活動性			
頭痛	1.あり 2.なし	発汗過多	1.あり 2.なし
感覚異常	1.あり 2.なし	関節痛	1.あり 2.なし

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。