

臨床調査個人票 078. 下垂体前葉機能低下症（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)
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			
既往歴			
本人出生時骨盤位出生	1. あり 2. なし 3. 不明	出生時状況	1. 正常 2. 仮死
頭蓋骨内器質性疾患	1. あり 2. なし 3. 不明	周産期異常	1. あり 2. なし 3. 不明
病因			
遺伝性・家族性	1. あり 2. なし	妊娠又は分娩に続発	1. あり 2. なし
頭蓋咽頭腫	1. あり 2. なし	鞍上部胚細胞性腫瘍	1. あり 2. なし
視床下部・下垂体近傍髄膜腫	1. あり 2. なし	下垂体腺腫	1. あり 2. なし
その他	1. あり 2. なし	診断名	
特発性	1. あり 2. なし	ラトケ囊胞	1. あり 2. なし
リンパ球性下垂体炎	1. あり 2. なし	不明	1. あり 2. なし
病歴の概要			

■臨床所見

理学所見

拡張期血圧	mmHg	収縮期血圧	mmHg
身長・体重等			
現在	身長 cm	体重 kg	
主症状 (治療前)			
検査日	西暦 年 月 日		
月経異常(女性のみ)	1.あり 2.なし	勃起障害(男性のみ)	1.あり 2.なし
乳房萎縮	1.あり 2.なし	性器萎縮	1.あり 2.なし
小陰茎	1.あり 2.なし	停留精巣	1.あり 2.なし
尿道下裂	1.あり 2.なし	無嗅症(Kallman症候群)	1.あり 2.なし
発達障害、成長障害	1.あり 2.なし	易疲労感	1.あり 2.なし
スタミナ低下	1.あり 2.なし	集中力低下	1.あり 2.なし
気力低下	1.あり 2.なし	うつ状態	1.あり 2.なし
皮膚の菲薄化	1.あり 2.なし	体毛の柔軟化	1.あり 2.なし
体脂肪(内臓脂肪)の増加	1.あり 2.なし	ウエスト/ヒップ比の増加	1.あり 2.なし
除脂肪体重の低下	1.あり 2.なし	骨量の低下	1.あり 2.なし
筋力低下	1.あり 2.なし	不妊	1.あり 2.なし
乳汁分泌過多	1.あり 2.なし	乳汁分泌低下	1.あり 2.なし
性欲低下	1.あり 2.なし	二次性徴	1.欠如 2.進行停止 3.遅延
頭痛	1.あり 2.なし	視力・視野障害	1.あり 2.なし
不整脈	1.頻脈 2.徐脈 3.心房細動 4.なし	皮膚乾燥	1.あり 2.なし
陰毛、腋毛の脱落	1.あり 2.なし	脱毛	1.あり 2.なし
浮腫	1.あり 2.なし	精神機能低下(不活発)	1.あり 2.なし
耐寒性低下	1.あり 2.なし	全身倦怠感	1.あり 2.なし
低血圧	1.あり 2.なし	意識消失(低血糖や低ナトリウム血症による)	1.あり 2.なし
成長ホルモン分泌不全による症候性低血糖	1.あり 2.なし	肥満	1.あり 2.なし
るいそう	1.あり 2.なし	食欲不振	1.あり 2.なし
多飲	1.あり 2.なし	多食	1.あり 2.なし
その他	1.あり 2.なし	その他の内容	
機能障害ホルモン			
1.LH/FSH 2.ACTH 3.TSH 4.GH 5.プロラクチン 6.パソブレシン			
合併症			
合併症の有無	1.あり 2.なし 1.奇形2.知能障害3.成長障害4.運動障害5.脳梗塞6.脳出血7.狭心症8.心筋梗塞 9.高血圧10.高脂血症11.肝障害12.腎障害13.糖尿病14.悪性腫瘍15.その他 その他		

■検査所見

内分泌機能検査年月日										
西暦 年 月 日										
成長ホルモン系										
血中GH：負荷試験			前値		頂値					
インスリン			ng/mL		ng/mL					
アルギニン			ng/mL		ng/mL					
グルカゴン			ng/mL		ng/mL					
GHRP-2			ng/mL		ng/mL					
L-ドーパ負荷試験（小児のみ）			ng/mL		ng/mL					
クロニジン負荷試験（小児のみ）			ng/mL		ng/mL					
		測定値		基準値（自）		基準値（至）				
血中IGF-I		ng/mL		ng/mL		ng/mL				
LH/FSH系										
		基礎値		基準値（自）		基準値（至）				
血中LH		mIU/mL		mIU/mL		mIU/mL				
血中FSH		mIU/mL		mIU/mL		mIU/mL				
測定値										
血中テストステロン				ng/mL						
血中エストラジオール				pg/mL						
TSH系										
		基礎値		基準値（自）		基準値（至）				
血中TSH		μU/mL		μU/mL		μU/mL				
		測定値		基準値（自）		基準値（至）				
血中遊離T4		ng/dL		ng/dL		ng/dL				
血中遊離T3		pg/mL		pg/mL		pg/mL				
ACTH系：ACTH-Z連続負荷										
		基礎値		基準値（至）		ACTH試験 反応性				
血中コルチゾール		μg/dL		μg/dL		ACTH試験 頂値				
		1.あり 2.なし		μg/dL		インスリン負荷 反応性				
		1.あり 2.なし		μg/dL		インスリン負荷 頂値				
		基礎値		基準値（自）		基準値（至）				
血中ACTH		pg/mL		pg/mL		CRH試験 反応性				
		1.あり 2.なし		pg/mL		CRH試験 頂値				
		血中遊離コルチゾール		基準値（自）		基準値（至）				
尿中遊離コルチゾール		μg/日		μg/日		μg/日				
プロラクチン系										
		基礎値		基準値（自）		基準値（至）				
血中プロラクチン		ng/mL		ng/mL		ng/mL				
		測定値		基準値（自）		基準値（至）				
血中遊離コルチゾール		ng/dL		ng/dL		ng/dL				
後葉機能（尿浸透圧）										
水制限試験		1.正常 2.低値 3.高値 4.未施行		前		mOsm/kg				
パソプレシン試験		1.正常 2.低値 3.高値 4.未施行		前		mOsm/kg				
		後		mOsm/kg		mOsm/kg				
後葉機能（5%高張食塩水負荷）										
血清Na		mEq/L								
血漿パソプレシン		pg/mL		基準値（自）		pg/mL				
(同時採血)血漿浸透圧		mOsm/kg		基準値（至）		pg/mL				
尿崩症の基準		1.満たす 2.満たさない								
画像検査所見 (診断時)										
単純X線		トルコ鞍の拡大 1.あり 2.なし 3.不明		下垂体部異常石灰沈着 1.あり 2.なし 3.不明						
CT		頭部CTでの異常 1.あり 2.なし 3.不明		異常の内容						
頭部MRIでの異常		1.あり 2.なし 3.不明		異常の内容						
■重症度										
重症度										
1.特発性間脳性無月経、心因性無月経など 2.間脳下垂体腫瘍などの器質的疾患に伴うもの 3.先天異常に伴うもの 4.複合型下垂体ホルモン分泌不全症または汎下垂体機能低下症 5.重症の成長ホルモン分泌不全症 6.ACTH 単独欠損症、ゴナドトロピン単独欠損症										

■治療その他

薬物療法

薬物治療の有無	1.あり 2.なし	投与量	期間
	薬物名1		
	薬物名2		
	薬物名3		
	薬物名4		
	薬物名5		

治療効果

治療効果	1.改善 2.不变 3.悪化 4.不明	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

※自筆または押印のこと

- 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。
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）を参考の上、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