

先端巨大症 臨床調査個人票

(新規)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年 月 日生	(満 歳)
住所	〒 () TEL ()			出生 都道府県	発病時在住 都道府県			
発病年月	平成 年 月 日 時頃	初診 年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日		保険 種別	1.政 2.組 3.共 4.国 5.介 6.高	
身体障害者 手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし				
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)							
受療動向 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他()							
家族歴	近親結婚: 1.あり 2.なし 3.不明							
	血族内発症: 1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)							
発症と経過	(具体的に記入)							
発見契機	1.手足の容積の変化 2.顔貌の変化 3.頭痛 4.視力・視野障害 5.性機能低下 6.その他()							
主症候	<input type="checkbox"/> 手足容積の増大 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 巨大舌							
副症候	<input type="checkbox"/> 発汗過多 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 視力・視野障害 <input type="checkbox"/> 月経異常(女性) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 咬合不全 <input type="checkbox"/> 感覚障害(手根管症候群を含む)							
検査所見	1 血中成長ホルモン(GH) (検査日 年 月) GH基礎値: _____ ng/ml 2 ブドウ糖負荷 前値 _____ ng/ml 底値: _____ ng/ml <input type="checkbox"/> 正常域に抑制なし ブドウ糖負荷試験を行っていない場合はその理由を診断根拠に明記すること 3 血中IGF-I(ソマトメジンC) (検査日 年 月) _____ ng/ml (年齢性別基準値: _____ ~) 4 画像検査 MRIまたはCTで下垂体腺腫 下垂体腺腫 <input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> 微小腺腫(≤10 mm) <input type="checkbox"/> マクロ腺腫(>10 mm) <input type="checkbox"/> なし(下垂体の高さ _____ mm) 5 単純XP <input type="checkbox"/> トルコ鞍の拡大ないしは破壊, <input type="checkbox"/> 副鼻腔の拡大ないしは突出, <input type="checkbox"/> 外後頭隆起の突出 <input type="checkbox"/> 下顎角の開大ないしは下顎の突出, <input type="checkbox"/> 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形 足底部軟部組織厚 heel pad: 左 _____ mm, 右 _____ mm 増大(≥22 mm) <input type="checkbox"/> あり 6 GHの奇異反応 TRH: <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし; LHRH: <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし; CRH: <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし プロモクリプチン: <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし; ブドウ糖負荷: <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし その他の負荷試験の反応()							
合併症	1. 糖尿病(HbA1c _____ %), 2. 境界型糖尿病(HbA1c _____ %), 3. 高血圧(___/___ mmHg) 4. 心疾患(<input type="checkbox"/> 心筋梗塞, <input type="checkbox"/> 心筋症, <input type="checkbox"/> 心不全, <input type="checkbox"/> その他) 5. 脳血管障害 6. 脂質異常症(LDL-C _____ mg/dl, 中性脂肪 _____ mg/dl), 7. 肝障害(AST _____ IU/l, ALT _____ IU/l) 8. 腎障害(Cr _____ mg/dl), 9. 運動障害 10. 多発性内分泌腫瘍症 I型 11. 良性腫瘍() 12. その他(具体的に) ()							

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 プロラクチン (PRL) 1. 正常 2. 低下 3. 亢進 ADH系 1. 正常 2. 低下 3. 亢進				
治療経過	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="293 293 368 703">治療法</td> <td data-bbox="368 293 1500 703"> 1. 下垂体手術 (1. 経蝶形骨洞 2. 開頭) (施設名) 2. 下垂体照射 (1. 通常 2. 定位) (施設名) 3. 薬物療法 <input type="checkbox"/> 酢酸オクトレオチド 投与量 _____ 期間 _____ <input type="checkbox"/> ペグビソマント 投与量 _____ 期間 _____ <input type="checkbox"/> ドパミン作動薬 <input type="checkbox"/> プロモクリプチン <input type="checkbox"/> カベルゴリン 投与量 _____ 期間 _____ <input type="checkbox"/> その他 薬剤名: _____ 投与量 _____ 期間 _____ 4. 未治療 5. その他 _____ </td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 703 368 891">治療効果</td> <td data-bbox="368 703 1500 891"> 1. 成長ホルモン低下 1. あり 2. 先端巨大症の症候改善 3. 不明 3. 視力・視野改善 治療後 (薬物療法では治療中), 血中成長ホルモン _____ ng/ml IGF-I _____ ng/ml (年齢性別基準値: _____ ~) 2. 不明 (これから治療する患者を考慮し) </td> </tr> </table>	治療法	1. 下垂体手術 (1. 経蝶形骨洞 2. 開頭) (施設名) 2. 下垂体照射 (1. 通常 2. 定位) (施設名) 3. 薬物療法 <input type="checkbox"/> 酢酸オクトレオチド 投与量 _____ 期間 _____ <input type="checkbox"/> ペグビソマント 投与量 _____ 期間 _____ <input type="checkbox"/> ドパミン作動薬 <input type="checkbox"/> プロモクリプチン <input type="checkbox"/> カベルゴリン 投与量 _____ 期間 _____ <input type="checkbox"/> その他 薬剤名: _____ 投与量 _____ 期間 _____ 4. 未治療 5. その他 _____	治療効果	1. 成長ホルモン低下 1. あり 2. 先端巨大症の症候改善 3. 不明 3. 視力・視野改善 治療後 (薬物療法では治療中), 血中成長ホルモン _____ ng/ml IGF-I _____ ng/ml (年齢性別基準値: _____ ~) 2. 不明 (これから治療する患者を考慮し)
治療法	1. 下垂体手術 (1. 経蝶形骨洞 2. 開頭) (施設名) 2. 下垂体照射 (1. 通常 2. 定位) (施設名) 3. 薬物療法 <input type="checkbox"/> 酢酸オクトレオチド 投与量 _____ 期間 _____ <input type="checkbox"/> ペグビソマント 投与量 _____ 期間 _____ <input type="checkbox"/> ドパミン作動薬 <input type="checkbox"/> プロモクリプチン <input type="checkbox"/> カベルゴリン 投与量 _____ 期間 _____ <input type="checkbox"/> その他 薬剤名: _____ 投与量 _____ 期間 _____ 4. 未治療 5. その他 _____				
治療効果	1. 成長ホルモン低下 1. あり 2. 先端巨大症の症候改善 3. 不明 3. 視力・視野改善 治療後 (薬物療法では治療中), 血中成長ホルモン _____ ng/ml IGF-I _____ ng/ml (年齢性別基準値: _____ ~) 2. 不明 (これから治療する患者を考慮し)				
組織所見	免疫染色 (複数可) 1. GH 2. PRL 3. GH+PRL (同時) 4. TSH 5. FSH 6. LH 5. αサブユニット 8. ACTH 9. その他 (_____) サイトケラチン染色: <input type="checkbox"/> 施行 (パターン _____): <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 不明 組織診断				
治療	(特に薬物治療の予定について記載してください。)				
診断根拠	(特に非典型的な場合には、必ず記入して下さい)				
医療上の問題点					
医療機関名 _____ 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					
(軽快者の症状が悪化した場合のみ記載) 症状が悪化したことを医師が確認した年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 特定疾患登録者証交付年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					

先端巨大症 臨床調査個人票

(更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年 月 日生	(満 歳)
氏名								
住所	〒 () TEL ()			出生 都道府県		発病時在住 都道府県		
発病年月	平成 年 月 日	初診 年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日	保険 種別	1.政 2.組 3.共 4.国 5.介 6.高		
身体障害者 手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし				
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)							
受療動向 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他()							
家族歴	近親結婚: 1.あり 2.なし 3.不明							
	血族内発症: 1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)							
治療と経過	(前回申請からの変化を中心に具体的に記入)							
主症候	<input type="checkbox"/> 手足容積の増大 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 巨大舌							
副症候	<input type="checkbox"/> 発汗過多 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 視力・視野障害 <input type="checkbox"/> 月経異常(女性) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 耐糖能異常 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 咬合不全 <input type="checkbox"/> 感覚障害(手根管症候群を含む)							
検査所見	1 血中成長ホルモン(GH) (検査日 年 月) GH基礎値: _____ ng/ml 2 ブドウ糖負荷 前値 _____ ng/ml 底値: _____ ng/ml <input type="checkbox"/> 正常域に抑制なし ブドウ糖負荷試験を行っていない場合はその理由を診断根拠に明記すること 3 血中IGF-I(ソマトメジンC) (検査日 年 月) _____ ng/ml (年齢性別基準値: _____ ~) 4 画像検査 MRIまたはCTで下垂体腺腫 下垂体腺腫 <input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> 微小腺腫(≤10 mm) <input type="checkbox"/> マクロ腺腫(>10 mm) <input type="checkbox"/> なし(下垂体の高さ _____ mm) 5 単純XP <input type="checkbox"/> トルコ鞍の拡大ないしは破壊, <input type="checkbox"/> 副鼻腔の拡大ないしは突出, <input type="checkbox"/> 外後頭隆起の突出 <input type="checkbox"/> 下顎角の開大ないしは下顎の突出, <input type="checkbox"/> 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形 足底部軟部組織厚 heel pad: 左 _____ mm, 右 _____ mm 増大(≥22 mm) <input type="checkbox"/> あり 6 GHの奇異反応 TRH: <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし; LHRH: <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし; CRH: <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし プロモクリプチン: <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし; ブドウ糖負荷: <input type="checkbox"/> あり, <input type="checkbox"/> なし その他の負荷試験の反応()							
合併症	1. 糖尿病(HbA1c _____ %), 2. 境界型糖尿病(HbA1c _____ %), 3. 高血圧(___/___ mmHg) 4. 心疾患(<input type="checkbox"/> 心筋梗塞, <input type="checkbox"/> 心筋症, <input type="checkbox"/> 心不全, <input type="checkbox"/> その他) 5. 脳血管障害 6. 脂質異常症(LDL-C _____ mg/dl, 中性脂肪 _____ mg/dl), 7. 肝障害(AST _____ IU/l, ALT _____ IU/l) 8. 腎障害(Cr _____ mg/dl), 9. 運動障害 10. 多発性内分泌腫瘍症 I型 11. 良性腫瘍() 12. その他(具体的に)()							

他の下垂体ホルモ ン分泌	<table border="0"> <tr> <td>LH・FSH系</td> <td>1. 正常</td> <td>2. 低下</td> <td>3. 亢進</td> </tr> <tr> <td>TSH系</td> <td>1. 正常</td> <td>2. 低下</td> <td>3. 亢進</td> </tr> <tr> <td>ACTH系</td> <td>1. 正常</td> <td>2. 低下</td> <td>3. 亢進</td> </tr> <tr> <td>プロラクチン (PRL)</td> <td>1. 正常</td> <td>2. 低下</td> <td>3. 亢進</td> </tr> <tr> <td>ADH系</td> <td>1. 正常</td> <td>2. 低下</td> <td>3. 亢進</td> </tr> </table>	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	プロラクチン (PRL)	1. 正常	2. 低下	3. 亢進	ADH系	1. 正常	2. 低下	3. 亢進	
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																			
プロラクチン (PRL)	1. 正常	2. 低下	3. 亢進																			
ADH系	1. 正常	2. 低下	3. 亢進																			
治療経過	<table border="0"> <tr> <td rowspan="5" style="vertical-align: middle;">治療法</td> <td>1. 下垂体手術 (1. 経蝶形骨洞 2. 開頭) (施設名)</td> </tr> <tr> <td>2. 下垂体照射 (1. 通常 2. 定位) (施設名)</td> </tr> <tr> <td>3. 薬物療法</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 酢酸オクトレオチド 投与量 _____ 期間 _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ペグビソマント 投与量 _____ 期間 _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ドパミン作動薬 <input type="checkbox"/> プロモクリプチン <input type="checkbox"/> カベルゴリン 投与量 _____ 期間 _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 薬剤名: _____ 投与量 _____ 期間 _____</td> </tr> <tr> <td>4. 未治療</td> </tr> <tr> <td>5. その他</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">治療効果</td> <td>1. 成長ホルモン低下</td> </tr> <tr> <td>1. あり 2. 先端巨大症の症候改善 3. 視力・視野改善</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. なし 3. 不明</td> </tr> <tr> <td></td> <td>治療後 (薬物療法では治療中) 血中成長ホルモン _____ ng/ml</td> </tr> <tr> <td></td> <td>IGF-I _____ ng/ml (年齢性別基準値: _____ ~ _____)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 不明 (これから治療する患者を考慮し)</td> </tr> </table>	治療法	1. 下垂体手術 (1. 経蝶形骨洞 2. 開頭) (施設名)	2. 下垂体照射 (1. 通常 2. 定位) (施設名)	3. 薬物療法	<input type="checkbox"/> 酢酸オクトレオチド 投与量 _____ 期間 _____	<input type="checkbox"/> ペグビソマント 投与量 _____ 期間 _____	<input type="checkbox"/> ドパミン作動薬 <input type="checkbox"/> プロモクリプチン <input type="checkbox"/> カベルゴリン 投与量 _____ 期間 _____	<input type="checkbox"/> その他 薬剤名: _____ 投与量 _____ 期間 _____	4. 未治療	5. その他	治療効果	1. 成長ホルモン低下	1. あり 2. 先端巨大症の症候改善 3. 視力・視野改善		2. なし 3. 不明		治療後 (薬物療法では治療中) 血中成長ホルモン _____ ng/ml		IGF-I _____ ng/ml (年齢性別基準値: _____ ~ _____)		2. 不明 (これから治療する患者を考慮し)
治療法	1. 下垂体手術 (1. 経蝶形骨洞 2. 開頭) (施設名)																					
	2. 下垂体照射 (1. 通常 2. 定位) (施設名)																					
	3. 薬物療法																					
	<input type="checkbox"/> 酢酸オクトレオチド 投与量 _____ 期間 _____																					
	<input type="checkbox"/> ペグビソマント 投与量 _____ 期間 _____																					
<input type="checkbox"/> ドパミン作動薬 <input type="checkbox"/> プロモクリプチン <input type="checkbox"/> カベルゴリン 投与量 _____ 期間 _____																						
<input type="checkbox"/> その他 薬剤名: _____ 投与量 _____ 期間 _____																						
4. 未治療																						
5. その他																						
治療効果	1. 成長ホルモン低下																					
	1. あり 2. 先端巨大症の症候改善 3. 視力・視野改善																					
	2. なし 3. 不明																					
	治療後 (薬物療法では治療中) 血中成長ホルモン _____ ng/ml																					
	IGF-I _____ ng/ml (年齢性別基準値: _____ ~ _____)																					
	2. 不明 (これから治療する患者を考慮し)																					
組織所見	免疫染色 (複数可) 1. GH 2. PRL 3. GH+PRL (同時) 4. TSH 5. FSH 6. LH 5. αサブユニット 8. ACTH 9. その他 (_____) サイトケラチン染色: <input type="checkbox"/> 施行 (パターン _____): <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 不明 組織診断																					
治療	(特に薬物治療の予定について記載してください。)																					
診断根拠	(特に非典型的な場合には、必ず記入して下さい)																					
医療上の問題点																						
<table border="0"> <tr> <td>医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関所在地</td> <td>電話番号 ()</td> </tr> <tr> <td>医師の氏名</td> <td>記載年月日: 平成 年 月 日</td> </tr> </table> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div>		医療機関名		医療機関所在地	電話番号 ()	医師の氏名	記載年月日: 平成 年 月 日															
医療機関名																						
医療機関所在地	電話番号 ()																					
医師の氏名	記載年月日: 平成 年 月 日																					

VII. 下垂体機能低下症

IV-1. 下垂体後葉機能低下症

下垂体後葉機能低下症については、ADH 分泌異常症の認定基準を用いること。

IV-2. 下垂体前葉機能低下症

以下の A から D に示す各ホルモンの分泌低下症のいずれかの診断基準を満たすこと。

A. ゴナドトロピン分泌低下症

1. 主要項目

(1) 症状

- ① 二次性徴の欠如(男子 15 歳以上、女子 13 歳以上)、遅延、進行停止
- ② 月経異常(無月経、無排卵周期症、稀発月経など)
- ③ 性欲低下、インポテンス、不妊
- ④ 陰毛・腋毛の脱落、性器萎縮、乳房萎縮

(2) 検査所見

- ① 血中ゴナドトロピン (LH、FSH) は健常者の基準値と比して高値ではない。
- ② ゴナドトロピン分泌刺激検査 (LH-RH test, clomiphene, estrogen 投与等) で低ないし無反応。
(但し、視床下部性の時は、LH-RH (初回又は脈波的連続) 投与で正常反応を示すことがある)
- ③ 血中性ステロイド (estrogen, progesterone, testosterone 等) は健常者の基準値と比して低値である。

2. 鑑別疾患

高度肥満、神経性食思不振症

3. 診断基準

確実例：1 (1) の 1 項目以上を満たし、1 (2) ①から③すべての項目を満たすもの。

B. 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 分泌低下症

1. 主要項目

(1) 症状

- ① 全身倦怠感
- ② 易疲労性
- ③ 食欲不振
- ④ 意識消失 (低血糖や低ナトリウム血症による)
- ⑤ 低血圧

(2) 検査所見

- ① 血中コルチゾールは健常者の基準値と比して低値である。
- ② 尿中フリーコルチゾールは健常者の基準値と比して低値である。

- ③ 血中 ACTH は健常者の基準値と比して高値ではない。
- ④ ACTH 分泌刺激試験 (CRH あるいは insulin 投与) で低ないし無反応。

2. 診断基準

確実例：1 (1) の1項目以上を満たし、かつ1 (2) ①から④すべての項目を満たすもの。

C. 甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症

1. 主要項目

(1) 症状

- ①耐寒性低下
- ②不活発
- ③皮膚乾燥
- ④脱毛
- ⑤発育障害

(2) 検査所見

- ①血中 TSH は健常者の基準値と比して低値である。
(但し視床下部性では免疫アッセイで正常ないしやや高値のことがある。)
- ②TSH 分泌刺激試験 (TRH test) で低ないし無反応。(但し視床下部性では遅延反応などがある。)
- ③甲状腺ホルモン検査 (freeT₄、freeT₃ または T₃ など) は健常者の基準値と比して低値である。

2. 診断基準

確実例：1 (1) の1項目以上を満たし、かつ1 (2) ①から③のすべての項目を満たすもの。

D. 成長ホルモン (GH) 分泌不全症

D-1. 小児 (GH 分泌不全性低身長症)

1. 主要項目

(1) 主症候

- ① 成長障害があること。(通常は、身体のつきあいとはとれていて、身長は標準身長の -2.0SD 以下、あるいは身長が正常範囲であっても、成長速度が2年以上にわたって標準値の -1.5SD 以下であること。)
- ② 乳幼児で、低身長を認めない場合であっても、成長ホルモン分泌不全が原因と考えられる症候性低血糖がある場合。
- ③ 頭蓋内器質性疾患や他の下垂体ホルモン分泌不全があるとき。

(2) 検査所見

インスリン負荷、アルギニン負荷、L-DOPA 負荷、クロニジン負荷、またはグルカゴン負荷試験において、原則として負荷前および負荷後 120 分間 (グルカゴン負荷では 180 分間) にわたり、30 分毎に測定した血中 GH の頂値が 6ng/ml 以下であること。GHRP-2 負荷試験で、負荷前および負荷後 60 分にわたり、15 分毎に測定した血中 GH 頂値が 16 ng/ml 以下であること。

2. 診断基準

重症例：主症候が1 (1) ①を満たし、かつ1 (2) の2種以上の分泌刺激試験におけるリコンビナントGHを標準品とするGH測定法GH頂値がすべて3 ng/ml以下 (GHRP-2負荷試験では10 ng/ml以下) のもの。
または、主症候が1 (1) の②または、1 (1) の①と③を満たし、かつ1 (2) の1種類の分泌刺激試験におけるリコンビナントGHを標準品とするGH頂値が3 ng/ml以下 (GHRP-2負荷試験では10 ng/ml以下) のもの。

D-2. 成人 (成人GH分泌不全症)

1. 主要項目

(1) 主症候および既往歴

- ① 小児期発症の場合には成長障害を伴う。
- ② 頭蓋内器質性疾患の合併ないし既往歴、治療歴または周産期異常の既往がある。

(2) 検査所見

- ① インスリン負荷、アルギニン負荷、またはグルカゴン負荷試験において、負荷前および負荷後120分間 (グルカゴン負荷では180分間) にわたり、30分ごとに測定した血中GHの頂値が3 ng/ml以下である。GHRP-2負荷試験で、負荷前および負荷後60分にわたり、15分毎に測定した血中GH頂値が9 ng/ml以下であるとき、インスリン負荷におけるGH頂値1.8 ng/ml以下に相当する低GH分泌反応であるとみなす。
- ② GHを含めて複数の下垂体ホルモンの分泌低下がある。

2. 診断基準

重症例：(1) の①あるいは(1) の②を満たし、かつ(2) の①で2種類以上のGH分泌刺激試験におけるリコンビナントGHを標準品とする血中GHの頂値がすべて1.8 ng/ml以下 (GHRP-2負荷試験では9 ng/ml以下) のもの。または、(1) の②と(2) の②を満たし、(2) の①で1種類のGH分泌刺激試験におけるリコンビナントGHを標準品とする血中GHの頂値が1.8 ng/ml以下 (GHRP-2負荷試験では9 ng/ml以下) のもの。

E. プロラクチン (PRL) 分泌低下症

1. 主要項目

(1) 症状

産褥期の乳汁分泌低下

(2) 検査所見

- ① 血中PRL低値。(複数回測定し、いずれも1.5 ng/ml未満であることを確認する。)
- ② PRL分泌刺激試験(TRH test)で、低ないし無反応。

2. 診断基準

1 (1) を満たし、(2) ①②のすべての項目を満たすもの。

下垂体機能低下症 臨床調査個人票

(新規)

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生年 月 日	1. 明 2. 大 3. 昭 4. 平	年	月	日生 (満 歳)
氏名									
住所	〒		TEL ()		出生 都道府県	発病時在住 都道府県			
発病年月	平成 年 月 日	初診 年月日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日		保険 種別	1. 政 2. 組 3. 共 4. 国 5. 介 6. 高		
身体障害者手帳	1. あり (等級 級) 2. なし		介護認定	1. 要介護 (要介護度) 2. 要支援 3. なし					
生活状況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 ()) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)								
受療動向 (最近6か月)	1. 主に入院・2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (/月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 ()								
家族歴	近親結婚: 1. あり 2. なし 3. 不明								
	血族内発症: 1. あり 2. なし 3. 不明 ありの場合 (続柄)								

治療と経過 (具体的に記入)

[Wish 入力不要]

病 因		現 症 (年 月現在)										
症 候 性	1. 家族性	身長 骨年齢	cm 歳									
	2. 先天性 (家族性を除く)			体 重 kg								
	3. 特発性				トルコ鞍の拡大 1. あり 2. なし 3. 不明							
	4. 妊娠又は分娩に続発					下垂体部異常石灰沈着 1. あり 2. なし 3. 不明						
	5. 頭蓋咽頭腫						頭部 CT での異常 1. あり 2. なし 3. 不明					
	6. 鞍上部胚細胞性腫瘍							ありの場合具体的に記載 ()				
	7. 視床下部・下垂体近傍髄膜腫								頭部 MRI での異常 1. あり 2. なし 3. 不明			
	8. 下垂体腺腫									ありの場合具体的に記載 ()		
	9. その他 (診断名)										抗下垂体抗体 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明	
	10. ラトケ嚢胞											
	11. リンパ球性下垂体炎											
	12. 視床下部下垂体術後又は放射線照射後											
	13. 外傷											
	14. その他 (診断名)											
	15. 不 明											
機 能 障 害 ホ ル モ ン (該当するすべてに○)		主要臨床症状 (年 月現在)										
1. LH/FSH 2. ACTH 3. TSH 4. GH		性欲低下 1. あり 2. なし 3. 不明										
5. プロラクチン 6. パンプレシン		陰毛、腋毛の脱落 1. あり 2. なし 3. 不明										
既 往 症		二次性徴発現の遅延 1. あり 2. なし 3. 不明										
本人出生時骨盤位出生	1. あり 2. なし 3. 不明	不妊 1. あり 2. なし										
出生時状況	1. 正常 2. 仮死	耐寒性低下 1. あり 2. なし										
出生 (分娩) の様式	1. 鉗子分娩・吸引分娩 2. 経膈分娩 (1. 以外)、 3. 帝王切開	皮膚乾燥 1. あり 2. なし										
出生日	1. 予定日どおり 2. 予定日より () 日前 3. 予定日より () 日遅れ 4. 不明	徐脈 1. あり 2. なし										
出産時体重	kg	脱毛 1. あり 2. なし										
一人立ち	歳 ヶ月	体毛の柔軟化 1. あり 2. なし										
発 語	歳 ヶ月	精神機能低下 (不活発) 1. あり 2. なし										
幼少児時期の疾患	1. あり () 2. なし 3. 不明	全身倦怠感 1. あり 2. なし										
初 経	歳	気力、集中力低下 1. あり 2. なし										
閉 経	歳	低血圧症状 1. あり 2. なし										
月経状態	1. 整 2. 不整 3. 無 4. 不明	低血糖症状 1. あり 2. なし										
妊 娠	回	成長発育の遅延 1. あり 2. なし										
出 産	回	" 促進 1. あり 2. なし										
本人の妊娠中の異常	1. あり 2. なし 3. 不明	乳汁分泌過多 1. あり 2. なし										
本人の分娩時の出血	1. 正常 2. 大量 3. 不明	" 低下 1. あり 2. なし										
合併症		肥満 1. あり 2. なし										
1. 奇形 2. 知能障害 3. 成長障害 4. 運動障害		るいそう 1. あり 2. なし										
5. 脳梗塞 6. 脳出血 7. 狭心症 8. 心筋梗塞		食欲不振 1. あり 2. なし										
9. 高血圧 10. 高脂血症 11. 肝障害 12. 腎障害		多飲 1. あり 2. なし										
13. 糖尿病 14. 悪性腫瘍 ()		多食 1. あり 2. なし										
15. その他 (具体的に) ()		視力視野障害 1. あり 2. なし										
		頭痛 1. あり 2. なし										
		その他 ()										