

073 下垂体性 TSH 分泌亢進症

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

理学所見（治療前）			
脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/分	体温	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 度
拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
身長・体重等			
発病前最大	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
確診時	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
現在	身長 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
主症状（治療前）			
検査日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
i) 頭痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	ii) 視力・視野障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
iii) 発汗増加	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	iv) 体重減少	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
v) 不整脈	<input type="checkbox"/> 1. 頻脈 <input type="checkbox"/> 2. 徐脈 <input type="checkbox"/> 3. 心房細動 <input type="checkbox"/> 4. なし		

vi) 動悸	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	心不全	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
甲状腺腫大	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし			
月経異常 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	ED(勃起障害) (男性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
	その他の 内容				
合併症の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 2. 高血圧	<input type="checkbox"/> 3. 狭心症	<input type="checkbox"/> 4. 心筋梗塞
		<input type="checkbox"/> 5. 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 6. 脳出血	<input type="checkbox"/> 7. 高脂血症	<input type="checkbox"/> 8. 肝障害
		<input type="checkbox"/> 9. 腎障害	<input type="checkbox"/> 10. 多発性内分泌腫瘍症 I 型	<input type="checkbox"/> 11. その他	

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

検査所見 (治療前)					
検査年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月 <input type="text"/>
					日 <input type="text"/>
血中遊離 T4	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					ng/dL
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					ng/dL
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					ng/dL
血中遊離 T3	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					pg/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					pg/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					pg/mL
血清 TSH	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					μU/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					μU/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					μU/mL
血中 αサブユニット (測定した場合)	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					ng/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					ng/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					ng/mL

GH	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
IGF1	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
プロラクチン	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
ACTH	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
コルチゾール	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
抗 TSH レセプター抗体	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
TSAb	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
α サブユニット/TSH モル比		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

その他のホルモン異常				
GH系	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	LH/FSH系	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
ACTH系	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	PRL系	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
バソプレシン系	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし			
画像所見				
X線	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	トルコ鞍拡大	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	所見			
CT	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	下垂体腫瘍の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	所見			
MRI	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	下垂体腫瘍の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	所見	<input type="checkbox"/> 1.下垂体微小腺腫 (10mm以下) <input type="checkbox"/> 2.下垂体マクロ腺腫 (10mmを超える)		
	海綿静脈洞進展の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	鞍上部進展の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
病理所見 (免疫組織学的検索)				
陽性のもの	<input type="checkbox"/> 1. TSH	<input type="checkbox"/> 2. TSH β	<input type="checkbox"/> 3. PRL	<input type="checkbox"/> 4. GH
	<input type="checkbox"/> 5. FSH	<input type="checkbox"/> 6. LH	<input type="checkbox"/> 7. α サブユニット	<input type="checkbox"/> 8. ACTH
負荷試験 (治療前) (新規)				
TRH負荷試験	負荷前 TSH	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μ U/mL		
	頂値	<input type="checkbox"/> 30分 <input type="checkbox"/> 60分 <input type="checkbox"/> 90分 <input type="checkbox"/> 120分		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μ U/mL		

甲状腺エコー			
施行有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	びまん性 甲状腺腫大	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
所見			
甲状腺ヨード摂取率（シンチグラフィ）			
施行有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	数値	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
内容	<input type="checkbox"/> 1. びまん <input type="checkbox"/> 2. 結節性		

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite : ①～④をすべて満たす
① A. の i) ～vi) およびBのびまん性甲状腺腫大のうち1項目以上を満たす
② 血中甲状腺ホルモンが高値にもかかわらず血中TSHは用いた検査キットにおける健常者の年齢・性別基準値と比して正常値～高値を示す
③ B. のMRI またはCT 検査で下垂体腫瘍を認める
④ B. の病理所見で1. または2. が陽性である
<input type="checkbox"/> Probable : Definite の条件のうち、B. の病理所見以外すべてを満たす
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

--

■ 発症と経過

現在の活動状況	<input type="checkbox"/> 1. 正常人と同じ <input type="checkbox"/> 2. やや制限 <input type="checkbox"/> 3. 中等度制限 <input type="checkbox"/> 4. 高度制限
発病後年月	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> か月

■ 治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
----	---------------------------------------------------------------

薬物治療の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	薬物名	
	投与量	
	期間	
下垂体手術	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 経蝶形骨洞 <input type="checkbox"/> 2. 開頭
	施設名	
	手術日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
下垂体照射	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	施設名	
	実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	内容	
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	治療経過及び治療効果の内容	

■ 重症度分類に関する事項 最も重症度の高い項目を疾患の重症度とする

	軽症	重症
血清遊離T4濃度	<input type="checkbox"/> 1.5~3.0 ng/mL	<input type="checkbox"/> 3.1 ng/mL 以上
血清TSH濃度	<input type="checkbox"/> 5.0μU/mL 以下	<input type="checkbox"/> 5.1μU/mL 以上
画像所見	<input type="checkbox"/> 下垂体微小腺腫	<input type="checkbox"/> 下垂体腺腫

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり						
開始時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし						
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器						
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行						
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助				
		<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能				
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能				
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助				
		<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能			
着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助				

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
診断年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限り。）
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近 6 か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、「指定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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。