

074 下垂体性 PRL 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

診断

PRL 産生下垂体腺腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
他の下垂体病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	疾患名	
下垂体茎・ 視床下部病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	疾患名	
診断根拠		

A. 症状

理学所見			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg
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
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		
月経不順・ 無月経 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	不妊 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
乳汁分泌	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	性欲低下 (男性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
女性化乳房 (男性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	頭痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
視力・ 視野障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	陰萎 (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			
骨粗しょう症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
その他合併症			
病態変化の 有無 (更新)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

血清検査						
検査年月日	1回目	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			
	2回目	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			
	3回目	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			
	治療後	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			
血清 PRL 値	1回目	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	2回目	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL		
	3回目	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	治療後	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL		
血清 PRL 値 (基準値)	(自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	(至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL		
他の下垂体ホルモン分泌						
LH・FSH系	<input type="checkbox"/>	1. 正常	<input type="checkbox"/>	2. 低下	<input type="checkbox"/>	3. 亢進
TSH系	<input type="checkbox"/>	1. 正常	<input type="checkbox"/>	2. 低下	<input type="checkbox"/>	3. 亢進
ACTH系	<input type="checkbox"/>	1. 正常	<input type="checkbox"/>	2. 低下	<input type="checkbox"/>	3. 亢進
GH系	<input type="checkbox"/>	1. 正常	<input type="checkbox"/>	2. 低下	<input type="checkbox"/>	3. 亢進
バソプレシン系	<input type="checkbox"/>	1. 正常	<input type="checkbox"/>	2. 低下	<input type="checkbox"/>	3. 亢進
画像検査						
検査年月日 (MRI または CT)	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				
下垂体腺腫の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 微小腺腫 (10mm 以下) <input type="checkbox"/> 2. マクロ腺腫 (10mm を超える)				
視床下部病変の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
	具体的な病変					
	変化	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
種々の原因による高 PRL 血症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 薬物服用による PRL 分泌過剰	<input type="checkbox"/> 2. 原発性甲状腺機能低下症	<input type="checkbox"/> 3. 異所性 PRL 産生腫瘍	
<input type="checkbox"/> 4. 慢性腎不全	<input type="checkbox"/> 5. 胸壁疾患		

<診断のカテゴリー>

Definite : ①および②を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> ① A. の主症状の 1 項目を満たす		
<input type="checkbox"/> ② 血清 PRL 基準値の上昇 (複数回、安静時に採血し免疫学的測定法で測定していずれも 20ng/mL 以上を確認できるもの) を認めるもの		

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

既往症 (女性のみ)			
妊娠・分娩歴	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし
初経時期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	閉経時期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳

■ 治療その他

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

薬物療法	
薬物治療の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
プロモクリプチン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	投与量
	期間
カベルゴリン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	投与量
	期間
テルグリド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	投与量
	期間
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	薬剤名
	投与量
	期間

手術療法	
<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
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
その他の治療	
<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
内容	
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
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
下垂体照射 (更新)	
<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
施設名	
照射日	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
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

■ 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	中等症	重症
血清 PRL 濃度	<input type="checkbox"/> 20~50ng/mL	<input type="checkbox"/> 51~200ng/mL	<input type="checkbox"/> 201ng/mL 以上
臨床所見	<input type="checkbox"/> 不規則な月経	<input type="checkbox"/> 無月経・乳汁漏出、 性機能低下	<input type="checkbox"/> 無月経・乳汁漏出、 性機能低下、 汎下垂体機能低下
画像所見他	<input type="checkbox"/> 微小下垂体腺腫 種々の原因による 高 PRL 血症	<input type="checkbox"/> 下垂体腺腫 種々の原因による 高 PRL 血症	<input type="checkbox"/> 下垂体腺腫 (含む巨大腺腫)

■ 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/>
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。