

074 下垂体性 PRL 分泌亢進症

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦	年 月 日	*以降、数字は 右詰めで記入
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	-		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦	年 月 日		
性別	☐ 男性 ☐ 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	☐ 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 *11 を選択の場合、以下に記入	
	続柄	
発症時期	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	
手帳取得状況		
身体障害者手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級）	
療育手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり	
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級）	
人工呼吸器等装着者認定基準に該当		
☐ 1. する ☐ 2. しない ☐ 3. 不明		

■ 診断基準に関する事項

＜診断のカテゴリー＞

Definite：Aの①から③のうち1項目以上を満たし、Bを満たし、Cの鑑別疾患を除外できる	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
--	--

A. 主症候

①女性：月経不順・無月経、不妊、乳汁分泌のうち1項目以上	☐ 1. あり ☐ 2. なし
②男性：性欲低下、インポテンス、女性化乳房、乳汁分泌のうち1項目以上	☐ 1. あり ☐ 2. なし
③男女共通：頭痛、視力視野障害（器質的視床下部・下垂体病変による症状）のうち1項目以上	☐ 1. あり ☐ 2. なし

B. 検査所見

血中 PRL の上昇	☐ 1. あり ☐ 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。	☐ 1. 全て除外可 ☐ 2. 除外不可 ☐ 3. 不明
☐ 1. 薬剤服用による PRL 分泌過剰 ☐ 2. 原発性甲状腺機能低下症 ☐ 3. 視床下部・下垂体茎病変	
☐ 4. 先端巨大症（PRL 同時産生） ☐ 5. マクロプロラクチン血症 ☐ 6. 慢性腎不全	
☐ 7. 胸壁疾患 ☐ 8. 異所性 PRL 産生腫瘍	

■ 重症度分類に関する事項 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

☐ 1. 軽症：重症以外 ☐ 2. 重症：血中 PRL 上昇かつ主症状の1項目以上を満たす。	
主症状	
診察日	西暦 年 月 日
① 女性	
☐ 月経不順・無月経 ☐ 不妊 ☐ 乳汁分泌	
② 男性	
☐ 性欲低下 ☐ インポテンス ☐ 女性化乳房 ☐ 乳汁分泌	
③ 男女共通	
☐ 頭痛 ☐ 視力視野障害（器質的視床下部・下垂体病変による症状）	
血清 PRL 値	
基準値（上限）	ng/mL
測定値	ng/mL

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

--

■ その他の事項

発症と経過

診断（新規のみ）			
PRL 産生下垂体腺腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
他の下垂体病変	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	疾患名		
下垂体茎・ 視床下部病変	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	疾患名		
診断根拠			
既往症（女性のみ）			
妊娠・分娩歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
初経時期	歳	閉経時期	歳
理学所見			
身長	. cm	体重	. kg
脈拍	回/分	体温	. 度
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg
主症状（治療前）（新規のみ）			
検査日	西暦 年 月 日		
女性			
月経不順・ 無月経 （女性のみ）	☐ 1. あり ☐ 2. なし	不妊 （女性のみ）	☐ 1. あり ☐ 2. なし
乳汁分泌	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
男性			
性欲低下 （男性のみ）	☐ 1. あり ☐ 2. なし	インポテンス （男性のみ）	☐ 1. あり ☐ 2. なし
女性化乳房 （男性のみ）	☐ 1. あり ☐ 2. なし	乳汁分泌	☐ 1. あり ☐ 2. なし

男女共通			
頭痛	☐ 1. あり	☐ 2. なし	視力・視野障害
	☐ 1. あり	☐ 2. なし	
合併症			
骨粗しょう症	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
その他合併症			
病態変化の有無（更新）	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	内容		

検査所見

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
GH 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
画像検査			
検査年月日 (MRI または CT)	西暦 年 月 日		
下垂体腺腫の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	所見	☐ 1. 微小腺腫 (10 mm 未満) ☐ 2. マクロ腺腫 (10 mm 以上)	
視床下部病変の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	具体的な病変		
	変化	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
種々の原因による 高 PRL 血症	☐ 1. あり ☐ 2. なし		

治療

治療	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
治療経過			
薬物療法			
薬物治療の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
プロモクリプチン	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	投与量		
カベルゴリン	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	投与量		
テルグリド	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	投与量		
その他	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	薬剤名		
	投与量		
手術療法			
☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
種類	☐ 1. 経蝶形骨洞 ☐ 2. 開頭		
手術日	西暦 年 月 日		
治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		
下垂体照射			
☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
照射日	西暦 年 月 日		
治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		

その他の治療	
☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
内容	
実施日	西暦 年 月 日
治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	☐ 1. あり		
開始時期	西暦 年 月		
離脱の見込み	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
種類	☐ 1. 気管切開孔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	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	整容	☐ 自立 ☐ 部分介助/不可能	
	トイレ動作	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	入浴	☐ 自立 ☐ 部分介助/不可能	
	歩行	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	階段昇降	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 不能	
	着替え	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	排便コントロール	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	排尿コントロール	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号											*ハイフンを除き、左詰めで記入	
医師の氏名												
記載年月日	西暦					年			月			日
診断年月日	西暦					年			月			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です。）
- ・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。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	西暦					年			月			日
公費負担者番号												
認定結果	☐ 認定 ☐ 不認定											
研究同意の有無	☐ 有 ☐ 無											
受給者番号												
有効期限	西暦					年			月			日
階層区分	☐ 生活保護 ☐ 低所得Ⅰ ☐ 低所得Ⅱ ☐ 一般所得Ⅰ ☐ 一般所得Ⅱ ☐ 上位所得 ☐ その他											
軽症者登録	☐ 有 ☐ 無											
保険情報	保険者番号						被保険者記号					
	被保険者番号						被保険者 個人単位枝番					
	資格取得 年月日	西暦					年			月		