

077 下垂体性成長ホルモン分泌亢進症

■ 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項目以上を満たし、Bの①～③の全てを満たす	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
-------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

A. 主症候

①手足の容積の増大	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
②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）	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
③巨大舌	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当

B. 検査所見 *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

検査所見				
①成長ホルモン（GH）分泌の過剰：血中GH値がブドウ糖75g経口投与で正常域まで抑制されない			☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当	
血清成長ホルモン（GH）	GH基礎値		ng/mL	
	ブドウ糖負荷	前値	ng/mL	
		底値	ng/mL	
②血中IGF-1（ソマトメジンC）の高値			☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当	
血清IGF-1（ソマトメジンC）	ng/mL	年齢・性別基準値（上限）	ng/mL	
画像検査				
③MRI又はCTで下垂体腺腫の所見を認める			☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当	
検査年月日	西暦 年 月 日			
MRIまたはCT	下垂体腺腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	所見	☐ 1. 微小腺腫（10mm未満） ☐ 2. マクロ腺腫（10mm以上）		

■ 重症度分類に関する事項

☐ 軽症：重症以外 ☐ 重症：以下の1または2のいずれかを満たす			
1. 血中 IGF-1 濃度 SD スコア +2.0 以上		☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当	
血清 IGF-1 (ソマトメジン C)		ng/mL	
検査時年齢	歳	年齢・性別基準値 (+2SD)	ng/mL
2. 以下の臨床的活動性を示す症候及び合併症を2項目以上認める			
☐ 発汗過多 ☐ 頭痛 ☐ 視力・視野障害 ☐ 月経異常 ☐ 睡眠時無呼吸症候群 ☐ 耐糖能異常 ☐ 高血圧 ☐ 不正咬合 ☐ 変形性関節症、手根管症候群 ☐ 頭蓋骨及び手足の単純 X 線の異常			

■ 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

診断（新規）

診断根拠	
------	--

症状

理学所見	検査日	西暦 年 月 日											
	身長	cm				体重	kg						
合併症													
合併症の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし												
合併症の進行	☐ 1. あり ☐ 2. なし												
糖尿病/境界型 糖尿病の有無	☐ 糖尿病 ☐ 境界型糖尿病				HbA1c	. %							
	ブドウ糖負荷試験のグルコース値				(空腹時)	mg/dL							
					(2 時間値)	mg/dL							
高血圧	☐ 1. あり ☐ 2. なし												
	収縮期	mmHg				拡張期	mmHg						
脂質異常	☐ 1. あり ☐ 2. なし												
	総コレステロール	mg/dL				LDL コレステロール	mg/dL						
	HDL コレステロール	mg/dL				中性脂肪	mg/dL						
肝障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし												
	AST	IU/L				ALT	IU/L						
腎障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし				クレアチニン	mg/dL							
運動障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし				多発性内分泌腫瘍症 I 型	☐ 1. あり ☐ 2. なし							
大腸ポリープ	☐ 1. あり ☐ 2. なし				甲状腺良性腫瘍	☐ 1. あり ☐ 2. なし							
その他の良性／悪性腫瘍	☐ 1. あり ☐ 2. なし												
	腫瘍												

その他の 合併症	
-------------	--

検査所見

GH の奇異反応					
TRH	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 未施行		
LHRH	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 未施行		
CRH	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 未施行		
ブロモクリプチン	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 未施行		
ブドウ糖負荷	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 未施行		
その他 負荷試験の反応					
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		
中枢性尿崩症	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 未実施		
画像検査					
単純 X 線	トルコ鞍の拡大 ないしは破壊	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
	手指末骨節の 花キャベツ様肥大変形	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
	足底部軟部組織厚 heel pad	左	mm	右	mm
		増大 (22mm 以上) の有無		☐ 1. あり ☐ 2. なし	

病理所見	
免疫染色	☐ 1. GH ☐ 2. PRL ☐ 3. TSH ☐ 4. FSH ☐ 5. LH ☐ 6. αサブユニット ☐ 7. ACTH ☐ 8. その他
サイトケラチン染色	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施
	パターン
組織診断	

発症と経過（新規）

病歴の概要	
発見契機	☐ 1. 手足の容積の変化 ☐ 2. 顔貌の変化 ☐ 3. 頭痛 ☐ 4. 高血圧 ☐ 5. 糖尿病 ☐ 6. 視力・視野障害 ☐ 7. 性機能低下 ☐ 8. その他

治療その他

治療法	
下垂体手術	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施
	種類 ☐ 1. 経蝶形骨洞 ☐ 2. 開頭
	実施日 西暦 年 月 日
薬物治療の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし
酢酸オクトレオチド	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	種類 ☐ 1. LAR ☐ 2. SC
	投与量
ランレオチド	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	投与量

パシレオチド	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	投与量	
ペグビソマント	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	投与量	
ブロモクリプチン	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	投与量	
カベルゴリン	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	投与量	
その他	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬剤名	
	投与量	
下垂体照射	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	種類	☐ 1. 通常 ☐ 2. 定位
	実施日	西暦 年 月 日
未治療	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当	
その他の治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	

今回申請時までに行った治療（更新）		
下垂体手術	☐ 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
薬物治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	☐ 1. 酢酸オクトレオチド ☐ 2. ランレオチド ☐ 3. パシレオチド	
	☐ 4. ペグビソマンント ☐ 5. ブロモクリプチン ☐ 6. カベルゴリン	
	☐ 7. その他	
下垂体照射	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	種類	☐ 通常 ☐ 定位
	実施日	西暦 年 月 日
未治療	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当	
その他の治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	内容	
治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明	
	☐ 1. 成長ホルモン低下 ☐ 2. 先端巨大症の症候改善 ☐ 3. 視力・視野改善	
治療後（薬物治療では治療中）血清成長ホルモン（新規）		ng/mL
治療後 IGF-1（新規）	ng/mL	
	年齢性別基準値（自）	ng/mL
	年齢性別基準値（至）	ng/mL

病態変化 (更新)	
血清GHの低下	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未施行
血清 IGF-1	☐ 1. 正常化 ☐ 2. 正常化はしていないが低下 ☐ 3. 不変 ☐ 4. 増加
症状の改善	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
	* どの症状が改善したかを以下に具体的に記載する
視力・視野 障害の改善	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
耐糖能	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 未施行
腫瘍サイズ	☐ 1. 消失 ☐ 2. 縮小 ☐ 3. 不変 ☐ 4. 悪化 ☐ 5. 未施行
その他	
今後の治療	

■ 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		