

臨床調査個人票

☐ 新規 ☐ 更新078-05 下垂体前葉機能低下症
(成人 GH 分泌不全症)

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定
-------	---	------	--

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号								
住所								
生年月日	西暦		年		月		日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1. 男 ☐ 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	☐ 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							
発症年月	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

■ 診断基準に関する事項

A. 主要所見

理学所見			
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg
身長	. cm	体重	. kg
主症候			
検査日	西暦 年 月 日		
1. 成長障害（小児期発症で）		☐ 1. あり ☐ 2. なし	
2. 易疲労感、スタミナ低下、集中力低下、気力低下、うつ状態、性欲低下		☐ 1. あり ☐ 2. なし	
3. 皮膚の乾燥と菲薄化、体毛の柔軟化、体脂肪（内臓脂肪）の増加、ウエスト／ヒップ比の増加、除脂肪体重の低下、骨量の低下、筋力低下		☐ 1. あり ☐ 2. なし	

その他	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	内容	
既往歴	頭蓋内基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	☐ 1. あり ☐ 2. なし
機能障害ホルモン	☐ 1. LH/FSH ☐ 2. ACTH ☐ 3. TSH ☐ 4. GH ☐ 5. プロラクチン ☐ 6. バソプレシン	
合併症	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

内分泌機能			
検査年月日	西暦	年 月 日	
1. 成長ホルモン系			
負荷試験	(1) インスリン負荷	血中 GH 前値	ng/mL
		血中 GH 頂値	ng/mL
	(2) アルギニン負荷	血中 GH 前値	ng/mL
		血中 GH 頂値	ng/mL
	(3) グルカゴン負荷	血中 GH 前値	ng/mL
		血中 GH 頂値	ng/mL
	(4) GHRP-2 負荷	血中 GH 前値	ng/mL
		血中 GH 頂値	ng/mL
血清 IGF-I	測定値	ng/mL	
	基準値（自）	ng/mL	
	基準値（至）	ng/mL	
2. GH を含めて複数の下垂体ホルモンの分泌低下			☐ 1. あり ☐ 2. なし

病型分類

- ☐ 重症成人成長ホルモン分泌不全症
- ☐ 1. 成長障害あるいは、易疲労感や皮膚の乾燥などの症候があり、かつ2種類以上の分泌刺激試験における GH 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。
- ☐ 2. 頭蓋内基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り、複数の下垂体ホルモンの分泌低下があり、かつ1種類の分泌刺激試験における GH 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。
- ☐ 中等度成人成長ホルモン分泌不全症（成人 GH 分泌不全症の判定基準に適合するもので、重症成人 GH 分泌不全症以外のもの）

<診断のカテゴリー>

- ☐ Definite 1 : A-1、あるいはA-2, -3 を満たし、かつB-1 で2種類以上の GH 分泌刺激試験において下記※の基準を満たすもの
- ☐ Definite 2 : Aの既往歴およびB-2 を満たし、B-1 で1種類の GH 分泌刺激試験において下記※の基準を満たすもの
- ☐ Possible : A-1～3 および既往歴のうち1項目以上を満たし、かつB-1 の血清 IGF-I 値が年齢および性を考慮した基準値に比べ低値であるもの
- ☐ いずれにも該当しない

※GH分泌刺激試験として、B-1 の負荷試験を行い、下記の値が得られること：B-1 (1) , (2) または (3) の負荷試験において、負荷前および負荷後 120 分間 ((3) では 180 分間) にわたり、30 分ごとに測定した血清（血漿）GH の頂値が 3 ng/mL 以下である。B-1 (4) の負荷試験で、負荷前および負荷後 60 分にわたり、15 分毎に測定した血清（血漿）GH 頂値が 9 ng/mL 以下であるとき、B-1 (1) 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

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

既往歴（新規）			
本人出生時骨盤位出生	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
出生時状況	☐ 1. 正常	☐ 2. 仮死	
頭蓋内器質性疾患	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
周産期異常	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明

病因			
遺伝性・家族性	☐ 1. あり ☐ 2. なし	妊娠又は分娩に続発	☐ 1. あり ☐ 2. なし
頭蓋咽頭腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし	神経下垂体胚細胞腫瘍	☐ 1. あり ☐ 2. なし
視床下部・下垂体近傍髄膜腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし	下垂体腺腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし
その他	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	診断名		
特発性	☐ 1. あり ☐ 2. なし	ラトケ嚢胞	☐ 1. あり ☐ 2. なし
リンパ球性下垂体炎	☐ 1. あり ☐ 2. なし	不明	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
病歴の概要			

■ 治療その他

薬物療法		
薬物 1	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬物名	
	投与量	
	期間	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
	治療経過及び治療効果の内容	

薬物 2	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬物名	
	投与量	
	期間	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 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

重症度	☐ 1. 軽症 ☐ 2. 重症	
	軽症	☐ 1. 特発性間脳性無月経 ☐ 2. 心因性無月経など
	重症	☐ 1. 間脳下垂体腫瘍などの器質的疾患に伴うもの ☐ 2. 先天異常に伴うもの ☐ 3. 複合型下垂体ホルモン分泌不全症または汎下垂体機能低下症 ☐ 4. 重症の成長ホルモン分泌不全症 ☐ 5. ACTH 単独欠損症、ゴナドトロピン単独欠損症

■ 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	印 ※自筆または押印のこと											
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。