

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	<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. 主要所見

理学所見			
収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
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
主症候			
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		
1. 成長障害（小児期発症で）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 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	<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	
	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	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
機能障害ホルモン	<input type="checkbox"/> 1. LH/FSH <input type="checkbox"/> 2. ACTH <input type="checkbox"/> 3. TSH <input type="checkbox"/> 4. GH <input type="checkbox"/> 5. プロラクチン <input type="checkbox"/> 6. バソプレシン	
合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 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	<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
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
		血中 GH 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	(2) アルギニン負荷	血中 GH 前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
		血中 GH 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	(3) グルカゴン負荷	血中 GH 前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
		血中 GH 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	(4) GHRP-2 負荷	血中 GH 前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
		血中 GH 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
血清 IGF-I	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	
2. GH を含めて複数の下垂体ホルモンの分泌低下			<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
出生時状況	<input type="checkbox"/> 1. 正常	<input type="checkbox"/> 2. 仮死	
頭蓋内器質性疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
周産期異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

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

■ 治療その他

薬物療法		
薬物 1	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	薬物名	
	投与量	
	期間	
	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	

薬物2	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	薬物名	
	投与量	
	期間	
	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

重症度	<input type="checkbox"/> 1. 軽症 <input type="checkbox"/> 2. 重症	
	軽症	<input type="checkbox"/> 1. 特発性間脳性無月経 <input type="checkbox"/> 2. 心因性無月経など
	重症	<input type="checkbox"/> 1. 間脳下垂体腫瘍などの器質的疾患に伴うもの <input type="checkbox"/> 2. 先天異常に伴うもの <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 4. 重症の成長ホルモン分泌不全症 <input type="checkbox"/> 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	<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
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

- ・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ます。)
- ・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。
- ・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。