

認定基準及び臨床調査個人票(案)

1 間脳下垂体機能障害	P1
I PRL分泌異常症	P2
II ゴナドトロピン分泌異常症	P7
III ADH分泌異常症	P12
IV 下垂体性TSH分泌異常症	P18
V クッシング病	P23
VI 先端巨大症	P29
VII 下垂体機能低下症	P35
2 家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)	P42
3 脊髄性筋萎縮症	P47
4 球脊髄性筋萎縮症	P53
5 慢性炎症性脱髄性多発神経炎	P59
6 肥大型心筋症	P64
7 拘束型心筋症	P71
8 ミトコンドリア病	P77
9 リンパ脈管筋腫症(LAM)	P82
10 重症多形滲出性紅斑(急性期)	P91
11 黄色靱帯骨化症	P94

間脳下垂体機能障害

疾患概念

間脳下垂体機能障害とは、間脳下垂体に生じた腫瘍、炎症、又は血管障害等の原因により、下垂体ホルモンの分泌異常を来し、様々な臨床症状を来す病態のことである。

よって、異所性ホルモン産生腫瘍、間脳下垂体機能障害の無い患者に対して手術や医薬品の使用等により間脳下垂体機能障害を来した場合には、ここで言う間脳下垂体機能障害には含まれない。

- I. PRL分泌異常症
- II. ゴナドトロピン分泌異常症
- III. ADH分泌異常症
- IV. 下垂体性TSH分泌異常症
- V. クッシング病
- VI. 先端巨大症
- VII. 下垂体機能低下症

I. プロラクチン分泌異常症

A. プロラクチン分泌過剰症

1. 主要項目

(1) 主症候

- ① 女性：月経不順・無月経、不妊、乳汁分泌、頭痛、視力視野障害
- ② 男性：性欲低下、陰萎、頭痛、視力視野障害、女性化乳房、乳汁分泌

(2) 検査所見

血中PRL 基礎値の上昇：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 以上を確認する。

2. 鑑別診断

薬物服用によるプロラクチン分泌過剰、原発性甲状腺機能低下症、異所性プロラクチン産生腫瘍、慢性腎不全、胸壁疾患

3. 診断基準

確実例：(1) の1項目を満たし、かつ(2) を満たすもの。

B. プロラクチン分泌低下症

プロラクチン分泌低下症については、下垂体前葉機能低下症の認定基準を用いることとする。

その他	1 入院の有無	・なし	・あり (入院期間：)
	2 日常生活の制限	・なし	・あり ()
	3 臓器合併症の有無	・なし	・あり ()
	4 骨粗しょう症 ()		
医療上の問題点			
【WISH入力不要】			
医療機関名			
医療機関所在地		電話番号 ()	
医師の氏名		記載年月日：平成 年 月 日	
		印	
(軽快者の症状が悪化した場合のみ記載)			
症状が悪化したことを医師が確認した年月日		平成 年 月 日	
特定疾患登録者証交付年月日		平成 年 月 日	

その他	1 入院の有無	・なし	・あり (入院期間:)
	2 日常生活の制限	・なし	・あり ()
	3 臓器合併症の有無	・なし	・あり ()
	4 骨粗しょう症 ()		
医療上の問題点			
【WISH 入力不要】			
医療機関名			
医療機関所在地		電話番号	()
医師の氏名		印	記載年月日: 平成 年 月 日

Ⅱ. ゴナドトロピン分泌異常症

A. ゴナドトロピン分泌過剰症

1. 主要項目

(1) 主症候

- ① 女性：月経異常
- ② 男性：女性化乳房

(2) 検査所見

- ① 腫瘍によって産生されるゴナドトロピン（LH、FSH、hCG）またはLHRHによって生じるゴナドトロピン分泌が健常者の年齢・性別基準値に比して高値を示す。
- ② 画像診断（MRIまたはCT）で視床下部や下垂体に腫瘍性病変を認める。
なお、必要に応じて、以下の検査を行った場合
- ③ 摘出した下垂体腫瘍組織の免疫組織化学的検索によりゴナドトロピン分泌を認める。

2. 診断基準

確実例：1 (1) のいずれかを満たし、かつ1 (2) ①から③すべての項目を満たすもの。

B. ゴナドトロピン分泌低下症

ゴナドトロピン分泌低下症については、下垂体前葉機能低下症の認定基準を用いることとする。

ゴナドトロピン分泌異常症 臨床調査個人票

(新規)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年 月 日生	(満 歳)
氏名								
住所	〒 () TEL ()			出生 都道府県		発病時在住 都道府県		
発病年月	平成 年 月 日	初診年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日	保険 種別	1.政 2.組 3.共 4.国 5.介 6.高		
身体障害者 手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし				
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)							
受療動向 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入院なし 6.その他()							
家族歴	近親結婚: 1.あり 2.なし 3.不明 血族内発症: 1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)							
発症と経過	(具体的に記入)							
主症候	(認められるものにチェック) <input type="checkbox"/> 月経異常(無月経、過少月経、希発月経など、女性のみ) <input type="checkbox"/> 女性化乳房(男性のみ) <input type="checkbox"/> 意欲低下、インポテンツ、不妊 <input type="checkbox"/> 陰毛・腋毛の脱落 <input type="checkbox"/> 性器萎縮 <input type="checkbox"/> 乳房萎縮 <input type="checkbox"/> 二次性徴の欠如あるいは進行停止 <input type="checkbox"/> その他の症状()							
検査所見	1) 血中 LH	測定値 (~) mIU/ml	基準値 (~) mIU/ml	測定日: 年 月 日				
	2) 血中 FSH	測定値 (~) mIU/ml	基準値 (~) mIU/ml	測定日: 年 月 日				
	3) 血中 hCG	測定値 (~) mIU/ml	基準値 (~) mIU/ml	測定日: 年 月 日				
	4) 血中テストステロン(男性) 血中エストラジオール(女性)	測定値 (~) pg/ml	基準値 (~) pg/ml	測定日: 年 月 日				
	5) ゴナドトロピン負荷試験により性ホルモン増加反応				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	6) 性器に器質的な異常の有無				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	7) 画像診断における視床下部や下垂体に腫瘍性病変				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
鑑別診断	薬物性のゴナドトロピン分泌異常症		<input type="checkbox"/> 鑑別できる <input type="checkbox"/> 鑑別できない					

治療内容	1) 経過	
	2) 薬物治療 (最近1年間)	・種類と量
	3) その他の治療 (最近1年間)	・内容
	4) 入院の有無	<input type="checkbox"/> あり (入院期間:) <input type="checkbox"/> なし
	5) 日常生活の制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
	6) 臓器合併症の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

医療機関名	
医療機関所在地	電話番号 ()
医師の氏名	記載年月日: 平成 年 月 日
印	
(軽快者の症状が悪化した場合のみ記載) 症状が悪化したことを医師が確認した年月日	平成 年 月 日
特定疾患登録証交付年月日	平成 年 月 日

ゴナドトロピン分泌異常症 臨床調査個人票

(更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年 月 日生	(満 歳)
氏名								
住所	〒 () TEL ()			出生 都道府県		発病時在住 都道府県		
発病年月 日	平成 年 月 日	初診年月日 時 分	1.昭和 2.平成	年 月 日	保険 種別	1.政 2.組 3.共 4.国 5.介 6.高		
身体障害者 手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし				
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)							
受療動向 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他()							
家族歴	近親結婚: 1.あり 2.なし 3.不明 血族内発症: 1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)							
治療と経過	(具体的に記入)							
主症候	(認められるものにチェック) <input type="checkbox"/> 月経異常(無月経、過少月経、希発月経など、女性のみ) <input type="checkbox"/> 女性化乳房(男性のみ) <input type="checkbox"/> 意欲低下、インポテンツ、不妊 <input type="checkbox"/> 陰毛・腋毛の脱落 <input type="checkbox"/> 性器萎縮 <input type="checkbox"/> 乳房萎縮 <input type="checkbox"/> 二次性徴の欠如あるいは進行停止 <input type="checkbox"/> その他の症状()							
検査所見	1) 血中 LH	測定値 (~) mIU/ml	基準値 (~) mIU/ml	測定日: 年 月 日				
	2) 血中 FSH	測定値 (~) mIU/ml	基準値 (~) mIU/ml	測定日: 年 月 日				
	3) 血中 hCG	測定値 (~) mIU/ml	基準値 (~) mIU/ml	測定日: 年 月 日				
	4) 血中テストステロン(男性) 血中エストラジオール(女性)	測定値 (~) pg/ml	基準値 (~) pg/ml	測定日: 年 月 日				
	5) ゴナドトロピン負荷試験により性ホルモン増加反応				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	6) 性器に器質的な異常の有無				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	7) 画像診断における視床下部や下垂体に腫瘍性病変				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
鑑別診断	薬物性のゴナドトロピン分泌異常症		<input type="checkbox"/> 鑑別できる <input type="checkbox"/> 鑑別できない					

治療内容	1) 経過	
	2) 薬物治療 (最近1年間)	・種類と量
	3) その他の治療 (最近1年間)	・内容
	4) 入院の有無	<input type="checkbox"/> あり (入院期間:) <input type="checkbox"/> なし
	5) 日常生活の制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし
	6) 臓器合併症の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

()

医師の氏名



記載年月日:平成

年

月

日