

078 下垂体前葉機能低下症

■ 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	<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
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
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		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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			
発症時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> 年 <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		
手帳取得状況			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級)		
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり		
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)		
人工呼吸器等装着者認定基準に該当			
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明			

■ 診断基準に関する事項

診断

病型	<input type="checkbox"/> 1. ゴナドトロピン分泌低下症	<input type="checkbox"/> 2. 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 分泌低下症
	<input type="checkbox"/> 3. 甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症	<input type="checkbox"/> 4. GH 分泌不全性低身長症 (小児)
	<input type="checkbox"/> 5. 成人 GH 分泌不全症	<input type="checkbox"/> 6. プロラクチン (PRL) 分泌低下症

1) ゴナドトロピン分泌低下症

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite 1 : 下記の 1~4 を満たし、B の除外規定を満たす
<input type="checkbox"/> 1. A の 1~4 の 1 項目以上を満たす
<input type="checkbox"/> 2. 血中ゴナドトロピン (LH、FSH) は高値ではない
<input type="checkbox"/> 3. ゴナドトロピン分泌刺激検査に対して血中ゴナドトロピンは低反応ないし無反応 ただし、視床下部性ゴナドトロピン分泌低下症の場合は、LHRH の連続投与後に正常反応を示すことがある。
<input type="checkbox"/> 4. 血中、尿中性ステロイドホルモン (エストロゲン又はテストステロン) が低値
<input type="checkbox"/> Definite 2 : Kallmann 症候群の基準を満たす
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

A. 症状

主症候	
1. 二次性徴の欠如 (男子 15 歳以上、女子 14 歳以上) または二次性徴の進行停止	<input type="checkbox"/> 1. 欠如 <input type="checkbox"/> 2. 進行停止 <input type="checkbox"/> 3. 遅延
2. 月経異常 (無月経、無排卵周期症、または稀発月経)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
3. 性欲低下、勃起障害 (男性のみ)、不妊	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
4. 陰毛・腋毛の脱落、性器萎縮、乳房萎縮	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

B. 除外規定

LH/FSH 系	ゴナドトロピン分泌を低下させる薬剤投与や、高度肥満・神経性やせ症を除く	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
----------	-------------------------------------	--

2) 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 分泌低下症

<診断のカテゴリー>

Definite : 下記の1~5を満たし、Cの除外規定を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 1. Aの1~8の1項目以上を満たす <input type="checkbox"/> 2. 血中コルチゾールが正常低値~低値 <input type="checkbox"/> 3. 尿中遊離コルチゾール排泄量の低下 <input type="checkbox"/> 4. 血中 ACTH は高値ではない <input type="checkbox"/> 5. ACTH 分泌刺激試験 (CRH 試験、インスリン低血糖試験) に対して血中 ACTH およびコルチゾールは低反応ないし無反応を示す		

A. 症状

主症候		
1. 易疲労感、脱力感	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
2. 食欲不振、体重減少	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
3. 消化器症状 (悪心、嘔吐、便秘、下痢、腹痛)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
4. 血圧低下	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
5. 精神障害 (無気力、嗜眠、不安、性格変化)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
6. 発熱	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
7. 低血糖症状	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
8. 関節痛	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし

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

内分泌機能 (ACTH系: ACTH-Z 連続負荷)		
血中コルチゾール	CRH 試験 反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	CRH 試験 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
	インスリン負荷 反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	インスリン負荷 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
血中 ACTH	基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL

C. 除外規定

ACTH系	ACTH分泌を低下させる薬剤投与を除く。特にグルココルチコイド（注射薬、内服薬、外用薬、吸入薬、点眼薬、関節内注入薬など）については十分病歴を確認する。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
-------	--	--

3) 甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/>	Definite 1 : 下記の 1~4 の全項目を満たし、B の除外規定を満たす
<input type="checkbox"/>	Definite 2 : 下記の 1~3 の全項目を満たし、5 を満たし、B の除外規定を満たす
<input type="checkbox"/>	Probable : 下記の 2、3 を満たす
<input type="checkbox"/>	1. A の 1~6 のうち 1 項目以上を満たす
<input type="checkbox"/>	2. 血中甲状腺ホルモン (特に遊離 T4) の低値
<input type="checkbox"/>	3. 血中 TSH は低値~軽度高値
<input type="checkbox"/>	4. 画像検査で間脳下垂体に器質性疾患を認める。あるいは、頭蓋内器質性疾患の合併、既往歴、治療歴、または周産期異常の既往歴を有する。
<input type="checkbox"/>	5. TRH 試験 (200~500 μ g) に対する血中 TSH は、a) 低反応または無反応、b) 遷延または遅延反応を示す
<input type="checkbox"/>	いずれにも該当しない

A. 症状

主症候	
1. 耐寒性の低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
2. 不活発	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
3. 皮膚の乾燥	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
4. 徐脈	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
5. 脱毛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
6. 発育障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

B. 除外規定

TSH 系	TSH 分泌を低下させる薬剤投与を除く。非甲状腺疾患 (nonthyroidal illness、low T3 症候群) を除外する。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
-------	---	--

4) GH 分泌不全性低身長症（小児）

<診断のカテゴリー>

- Definite 1 : Aの1を満たし、Bのうち2種類以上の分泌刺激試験において検査所見を満たし、Cの除外規定を満たす
- Definite 2 : Aの2を満たし、Bのうち1種類以上の分泌刺激試験において検査所見を満たし、Cの除外規定を満たす
- Definite 3 : Aの1および3を満たし、Bのうち1種類以上の分泌刺激試験において検査所見を満たし、Cの除外規定を満たす
- Possible 1 : Aの1または2を満たし、以下のDのうち、3つ以上を満たし、Cの除外規定を満たす
- Possible 2 : Aの1を満たし、Bのうち1種類の分泌刺激試験において検査所見を満たし、Dのうち2つを満たし、Cの除外規定を満たす
- Possible 3 : Aの1および3を満たし、以下のDのうち2つ以上を満たし、Cの除外規定を満たす
- いずれにも該当しない

A. 症状

主症候	
1. 成長障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
2. 乳幼児で、低身長を認めない場合であっても、成長ホルモン分泌不全が原因と考えられる症候性低血糖がある	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
3. 頭蓋内器質性疾患や他の下垂体ホルモン分泌不全がある	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

B. 検査所見

成長ホルモン（GH）分泌刺激試験	
1. インスリン負荷前及び負荷後 120 分間にわたり、30 分毎に測定した血清（血漿）中 GH 濃度の頂値が 6 ng/ml 以下である	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. アルギニン負荷前及び負荷後 120 分間にわたり、30 分毎に測定した血清（血漿）中 GH 濃度の頂値が 6 ng/ml 以下である	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. L-DOPA 負荷前及び負荷後 120 分間にわたり、30 分毎に測定した血清（血漿）中 GH 濃度の頂値が 6 ng/ml 以下である	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. クロニジン負荷前及び負荷後 120 分間にわたり、30 分毎に測定した血清（血漿）中 GH 濃度の頂値が 6 ng/ml 以下である	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
5. グルカゴン負荷前及び負荷後 180 分間にわたり、30 分毎に測定した血清（血漿）中 GH 濃度の頂値が 6 ng/ml 以下である	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

6. GHRP-2 負荷前及び負荷後 60 分にわたり、 15 分ごとに測定した血清（血漿）GH 頂値が 16 ng/ml 以下である	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
---	---

成長ホルモン（GH）分泌刺激試験：血中 GH 頂値	
インスリン負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
アルギニン負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
L-DOPA 負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
クロニジン負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
グルカゴン負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
GHRP-2 負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL

C. 除外規定

成長ホルモン系	GH 分泌を低下させる薬剤投与を除く	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
---------	--------------------	--

D. 参考所見

<input type="checkbox"/> 明らかな周産期障害がある <input type="checkbox"/> 骨年齢が暦年齢の 80%以下である <input type="checkbox"/> 24 時間あるいは夜間入眠後 3～4 時間にわたって 20 分毎に測定した血清（血漿）GH 濃度の平均値が正常値に比べ低値である <input type="checkbox"/> 血清（血漿）IGF-1 値が正常値に比べ低値である					
骨年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月	暦年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> か月		
血清（血漿）GH 濃度	平均値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	基準値（下限）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	
血清（血漿）IGF-1	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	基準値（下限）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	

5) 成人 GH 分泌不全症

<診断のカテゴリー>

- Definite 1: Aの1または2を満たし、Bの1~4のうち2種類以上の検査所見を満たし、Cの除外規定を満たす
- Definite 2: Aの2を満たし、Bの1~4のうち1種類の検査所見を満たし、Bの5を満たし、Cの除外規定を満たす
- いずれにも該当しない

A. 症状

主症候	
1. 小児期発症では成長障害を伴う	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
2. 頭蓋内器質性疾患の合併ないし既往歴、治療歴又は周産期異常の既往がある	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当

B. 検査所見

成長ホルモン (GH) 分泌刺激試験	
1. インスリン負荷前及び負荷後 120 分間にわたり、30 分毎に測定した血清中 GH 濃度の頂値が 3 ng/ml 以下である	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. アルギニン負荷前及び負荷後 120 分間にわたり、30 分毎に測定した血清中 GH 濃度の頂値が 3 ng/ml 以下である	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. グルカゴン負荷前及び負荷後 180 分間にわたり、30 分毎に測定した血清中 GH 濃度の頂値が 3 ng/ml 以下である	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. GHRP-2 負荷試験で、負荷前及び負荷後 60 分にわたり、15 分ごとに測定した血清 GH 頂値が 9 ng/ml 以下である	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
5. 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
成長ホルモン (GH) 分泌刺激試験：血中 GH 頂値	
インスリン負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
アルギニン負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
グルカゴン負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
GHRP-2 負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL

C. 除外規定

成長ホルモン系	GH 分泌を低下させる薬剤投与を除く	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
---------	--------------------	--

6) プロラクチン (PRL) 分泌低下症

<診断のカテゴリー>

Definite : 下記の1~4の全項目を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 1. 産褥期の乳汁分泌低下を認める		
<input type="checkbox"/> 2. 血中 PRL 基礎値の低下を認める		
<input type="checkbox"/> 3. TRH 負荷 (200~500 μ g 静注) に対する血中 PRL の反応性の低下又は欠如を認める		
<input type="checkbox"/> 4. PRL 分泌を低下させる薬剤投与を除く		

■ 重症度分類に関する事項 (疾患共通)

重症度	<input type="checkbox"/> 1. 軽症	<input type="checkbox"/> 2. 重症
	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

■ 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 (疾患共通)

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 *ありの場合は下記に記入		
	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			

症状 (疾患共通)

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・体重			
現在の身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	現在の体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg
主症候以外の症候	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし *ありの場合は下記に記入		
	内容		

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

治療 (疾患共通)

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
	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
	治療経過および治療効果の内容
薬物 2	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	薬物名
	投与量
	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
	治療経過および治療効果の内容

検査所見 (疾患別)

内分泌機能 (新規)		
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
LH/FSH系 (新規) (ゴナドトロピン分泌低下症のみ)		
血中 LH	基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
	LHRH 試験 反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	LHRH 試験 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
血中 FSH	基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
	LHRH 試験 反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	LHRH 試験 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
血中、尿中性ステロイド (テストステロン)	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
血中、尿中性ステロイド (エストラジオール)	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
血中、尿中性ステロイド (プロゲステロン)	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
ACTH系: ACTH-Z連続負荷 (新規) (副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 分泌低下症のみ)		
血中コルチゾール	基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
	迅速 ACTH 試験 反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	迅速 ACTH 試験 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
	ACTH-Z 連続負荷 増加反応	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

血中 ACTH	CRH 試験 反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	CRH 試験 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
	インスリン負荷 反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	インスリン負荷 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
尿中遊離コルチゾール	基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/日
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/日
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/日
TSH 系 (新規) (甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症のみ)		
血中 TSH	基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µU/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µU/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µU/mL
	TRH 試験 反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	TRH 試験 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µU/mL
	TRH 試験 その時間	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 分後
血中遊離 T4	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/dL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/dL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/dL
血中遊離 T3	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
成長ホルモン系 (新規) (成人 GH 分泌不全症のみ)		
血清 IGF-1	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

プロラクチン系（プロラクチン（PRL）分泌低下症のみ）		
血中プロラクチン	基礎値	<input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> ng/mL
	基準値（至）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	TRH 試験 反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	TRH 試験 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL

病型分類

小児 GH 分泌不全性低身長症のみ	
<input type="checkbox"/> 重症 1	Definite1 の場合：下記の 2 種類以上の分泌刺激試験における血中 GH 濃度が全て 3 ng/ml 以下（GHRP-2 負荷試験では 10 ng/ml 以下）のもの
<input type="checkbox"/> 重症 2	Definite2 または 3 の場合：下記の 1 種類の分泌刺激試験における GH 頂値が 3 ng/ml 以下（GHRP-2 負荷試験では 10 ng/ml 以下）のもの
<input type="checkbox"/> 中等症	上記以外の場合、下記の全ての GH 頂値が 6 ng/ml 以下（GHRP-2 負荷試験では 16 ng/ml 以下）のもの
<input type="checkbox"/> 軽症	重症もしくは中等症以外
成人 GH 分泌不全症のみ	
<input type="checkbox"/> 重症 1	Definite 1 の場合：下記の 2 種類以上の GH 分泌刺激試験における血清 GH の頂値が 1.8 ng/ml 以下（GHRP-2 負荷試験では 9 ng/ml 以下）のもの
<input type="checkbox"/> 重症 2	Definite2 の場合：下記の 1 種類の GH 分泌刺激試験における血清 GH の頂値が 1.8 ng/ml 以下（GHRP-2 負荷試験では 9 ng/ml 以下）のもの

■ 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"/>	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"/> 全介助		
		<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"/> 全介助		
		<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												
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
診断年月日	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	<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
公費負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定										
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無										
受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
有効期限	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
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ	<input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ	<input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ	<input type="checkbox"/> 上位所得	<input type="checkbox"/> その他					
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無										
保険情報	保険者番号	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>								
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>								
	資格取得 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"/>