

臨床調査個人票 認定 不認定

## 076. 下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症 (更新)

※診断書には過去6ヶ月間で一番悪い状態の内容を記載してください。

※診断基準、重症度分類については、「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。

### ■基本情報

氏名および受給者番号		受給者番号 ( )	
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
住所			
郵便番号		住所	
生年月日	西暦	年 月 日	性別
			1. 男 2. 女

### ■重症度分類に関する事項

※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。

以下のいずれかを満たす 「視床下部腫瘍(胚細胞腫や奇形腫または過誤腫)によるhCGまたはGnRH産生」 「下垂体機能低下症を併発するゴナドトロピン産生下垂体腺腫」	左記の重症度を 1. 満たす 2. 満たさない(*軽症者へ)
---	-----------------------------------

(\*軽症者) 審査の結果、「重症度を満たさない」と判定された場合は、更新申請手続きを行う月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費(10割分)が33,330円を超える月数が3か月以上あることを確認できる「自己負担上限額管理票」等の提出を行わないと、医療費助成は継続されません。

下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症の重症度分類	
該当するものにチェック☑	
視床下部腫瘍(胚細胞腫や奇形腫または過誤腫)によるhCG またはGnRH 産生	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
下垂体機能低下症を併発するゴナドトロピン産生下垂体腺腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
特記事項	

■臨床所見

理学所見			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	度
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg
主症状			
検査日	西暦 年 月 日	不妊	1.あり 2.なし
性欲低下	1.あり 2.なし	女性化乳房(男性のみ)	1.あり 2.なし
性器萎縮	1.あり 2.なし	乳房萎縮	1.あり 2.なし
二次性徴	1.欠如 2.進行停止 3.遅延	月経異常(女性のみ)	1.あり 2.なし
ED(勃起障害)(男性のみ)	1.あり 2.なし	陰毛、腋毛の脱落	1.あり 2.なし
性ホルモン分泌亢進症候(小児のみ)	1.あり 2.なし	頭痛	1.あり 2.なし
視野障害	1.あり 2.なし	その他	1.あり 2.なし 内容

■治療

薬物療法	
薬物治療の有無	1.あり 2.なし 薬物名 投与量 期間
その他の治療	
その他の治療	1.実施 2.未実施 内容
治療効果	
治療経過及び治療効果の内容	
今後の治療	

人工呼吸器(使用者のみ詳細記入) ※本疾患により装着している者に限る				
使用の有無	1.あり 2.なし			
<以下有の場合> 開始時期	西暦 年 月	離脱の見込み	1.あり 2.なし	
種類	1.気管切開口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	<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"/>
医療機関所在地	医師の氏名
	<input type="text"/>
電話番号	
	記載年月日: 年 月 日

この臨床調査個人票は、大阪府更新申請用です。「難病指定医」又は「協力難病指定医」でなければ作成できません。