

臨床調査個人票 認定 不認定
077.下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
(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。

下垂体性成長ホルモン分泌亢進症の重症度分類において、中等症以上	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。

下垂体性成長ホルモン分泌亢進症の重症度分類

以下の各項目において該当するものをチェック☑

重症度	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
血清GH濃度	<input type="checkbox"/> 1ng/mL未満	<input type="checkbox"/> 1ng/mL以上2.5ng/mL未満	<input type="checkbox"/> 2.5ng/mL以上
血清IGF-1濃度SDスコア	<input type="checkbox"/> +2.5未満	<input type="checkbox"/> +2.5以上	
臨床的活動性および合併症	<input type="checkbox"/> 治療中の合併症がある	<input type="checkbox"/> 臨床的活動性を認める (以下の中から2つ以上選択)	<input type="checkbox"/> 臨床的活動性および合併症の進行を認める (以下の中から2つ以上選択)
	<input type="checkbox"/> 臨床的活動性	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 発汗過多 <input type="checkbox"/> 感覚異常	<input type="checkbox"/> 関節痛

発病時の状況

発症年月	西暦	年	月
特記事項			

■経過

理学所見

測定日	西暦	年	月	日
身長	cm		体重	kg
主症候				
検査日	西暦	年	月	日
主症候	1.手足容積の増大 2.先端巨大症様顔貌(眉弓部の膨隆、鼻・口唇の肥大、下顎の突出など) 3.巨大舌			
副症候				
検査日	西暦	年	月	日
副症候	1.発汗過多 2.頭痛 3.視力・視野障害 4.月経異常(女性) 5.睡眠時無呼吸症候群 6.耐糖能異常 7.高血圧 8.咬合不全 9.感覚障害(手根管症候群を含む)			
合併症				
合併症の有無	1.あり 2.なし		合併症の進行	1.あり 2.なし
糖尿病	1.あり 2.なし	HbA1c %	境界型糖尿病	1.あり 2.なし HbA1c %
高血圧	1.あり 2.なし	収縮期 mmHg	拡張期 mmHg	
心疾患	1.あり 2.なし	種類 1.心筋梗塞 2.心筋症 3.心不全 4.その他()		
脳血管障害	1.あり 2.なし			
脂質異常症	1.あり 2.なし	LDL-C mg/dL	中性脂肪 mg/dL	
肝障害	1.あり 2.なし	AST IU/L	ALT IU/L	
腎障害	1.あり 2.なし	Cr mg/dL		
運動障害	1.あり 2.なし	多発性内分泌腫瘍症 I 型		1.あり 2.なし
大腸ポリープ	1.あり 2.なし	甲状腺良性腫瘍		1.あり 2.なし
その他の良性/悪性腫瘍	1.あり 2.なし	腫瘍		
その他				

■治療その他

治療法																			
下垂体手術	1.実施 2.未実施	種類	1.経蝶形骨洞 2.開頭	実施日	西暦	年	月	日											
薬物治療の有無	1.あり 2.なし																		
酢酸オクトレオチド	1.あり 2.なし	種類	1.LAR 2.SC	投与量	期間														
ランレオチド	1.あり 2.なし	投与量			期間														
ペグビソマント	1.あり 2.なし	投与量			期間														
プロモクリプチン	1.あり 2.なし	投与量			期間														
カベルゴリン	1.あり 2.なし	投与量			期間														
その他	1.あり 2.なし	薬剤名	投与量																
		期間																	
下垂体照射	1.実施 2.未実施	種類	1.通常 2.定位	実施日	西暦	年	月	日											
未治療	1.あり 2.なし																		
その他の治療	1.実施 2.未実施																		
治療効果																			
治療効果	1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明 内容 1.成長ホルモン低下 2.先端巨大症の症候改善 3.視力・視野改善																		
治療後(薬物治療では治療中)血中成長ホルモン	ng/mL			治療後IGF-I	ng/mL														
年齢性別基準値(自)	ng/mL			年齢性別基準値(至)	ng/mL														
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	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														
医療機関所在地				医師の氏名															
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。