

臨床調査個人票 認定 不認定
078. 下垂体前葉機能低下症
(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。
 ※本疾患の更新用の臨床調査個人票は、枝番及び病型にかかわらず共通です。

■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もの ・間脳下垂体腫瘍などの器質的疾患に伴うもの ・先天異常に伴うもの ・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 ・重症の成長ホルモン分泌不全症 ・ACTH単独欠損症、ゴナドトロピン単独欠損症	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。

下垂体前葉機能低下症の重症度分類	
以下の項目のうち、該当するものにチェック☑	
<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 特発性間脳性無月経、心因性無月経など
<input type="checkbox"/> 重症	<input type="checkbox"/> 間脳下垂体腫瘍などの器質的疾患に伴うもの
	<input type="checkbox"/> 先天異常に伴うもの
	<input type="checkbox"/> 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"/> 重症の成長ホルモン分泌不全症
	<input type="checkbox"/> ACTH単独欠損症、ゴナドトロピン単独欠損症
病型	
以下のうち、該当するものにチェック☑	
<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	
特記事項	

■経過

発病時の状況			
発症年月	西暦	年 月	
理学所見			
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg
身長・体重等			
現在	身長	cm	体重 kg
主症状			
検査日	西暦	年 月 日	
月経異常(女性のみ)	1.あり 2.なし	勃起障害(男性のみ)	1.あり 2.なし
乳房萎縮	1.あり 2.なし	性器萎縮	1.あり 2.なし
小陰茎	1.あり 2.なし	停留精巣	1.あり 2.なし
尿道下裂	1.あり 2.なし	無嗅症(Kallman症候群)	1.あり 2.なし
発達障害、成長障害	1.あり 2.なし	易疲労感	1.あり 2.なし
スタミナ低下	1.あり 2.なし	集中力低下	1.あり 2.なし
気力低下	1.あり 2.なし	うつ状態	1.あり 2.なし
皮膚の菲薄化	1.あり 2.なし	体毛の柔軟化	1.あり 2.なし

主症状 続き													
体脂肪(内臓脂肪)の増加	1.あり 2.なし	ウエスト/ヒップ比の増加	1.あり 2.なし										
除脂肪体重の低下	1.あり 2.なし	骨量の低下	1.あり 2.なし										
筋力低下	1.あり 2.なし	不妊	1.あり 2.なし										
乳汁分泌過多	1.あり 2.なし	乳汁分泌低下	1.あり 2.なし										
性欲低下	1.あり 2.なし	二次性徴	1.欠如 2.進行停止 3.遅延										
頭痛	1.あり 2.なし	視力・視野障害	1.あり 2.なし										
不整脈	1.頻脈 2.徐脈 3.心房細動 4.なし	皮膚乾燥	1.あり 2.なし										
陰毛、腋毛の脱落	1.あり 2.なし	脱毛	1.あり 2.なし										
浮腫	1.あり 2.なし	精神機能低下(不活発)	1.あり 2.なし										
耐寒性低下	1.あり 2.なし	全身倦怠感	1.あり 2.なし										
低血圧	1.あり 2.なし	意識消失(低血糖や低ナトリウム血症による)	1.あり 2.なし										
成長ホルモン分泌不全による症候性低血糖	1.あり 2.なし	肥満	1.あり 2.なし										
るいそう	1.あり 2.なし	食欲不振	1.あり 2.なし										
多飲	1.あり 2.なし	多食	1.あり 2.なし										
その他	1.あり 2.なし	内容()											
機能障害ホルモン													
1.LH/FSH 2.ACTH 3.TSH 4.GH 5.プロラクチン 6.バソプレシン													
合併症													
合併症の有無	1.あり 2.なし 1.奇形 2.知能障害 3.成長障害 4.運動障害 5.脳梗塞 6.脳出血 7.狭心症 8.心筋梗塞 9.高血圧 10.高脂血症 11.肝障害 12.腎障害 13.糖尿病 14.悪性腫瘍 15.その他()												
薬物療法													
薬物治療の有無	1.あり 2.なし 薬物名1 薬物名2 薬物名3 薬物名4 薬物名5	投与量 投与量 投与量 投与量 投与量	期間 期間 期間 期間 期間										
治療効果													
治療効果	1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明 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 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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。