

076 下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定
-------	---	------	--

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号								
住所								
生年月日	西暦		年		月		日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1. 男 ☐ 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明							
	発症者続柄							
	☐ 1. 父 ☐ 2. 母 ☐ 3. 子 ☐ 4. 同胞 (男性)							
	☐ 5. 同胞 (女性) ☐ 6. 祖父 (父方) ☐ 7. 祖母 (父方)							
	☐ 8. 祖父 (母方) ☐ 9. 祖母 (母方) ☐ 10. いとこ							
	☐ 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦		年		月			

社会保障	
介護認定	☐ 1. 要介護 ☐ 2. 要支援 ☐ 3. なし
要介護度	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
生活状況	
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない
痛み／不快感	☐ 1. ない ☐ 2. 中程度ある ☐ 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない ☐ 2. 中程度 ☐ 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

診断（新規）

診断根拠	
------	--

A. 症状

理学所見（治療前）			
身長	. cm	体重	. kg
脈拍	回/分	体温	. 度
拡張期血圧	mmHg	収縮期血圧	mmHg
主症状（治療前）			
検査年月日	西暦 年 月 日		
1. 小児： 性ホルモン 分泌亢進症候	☐ 1. あり ☐ 2. なし	2. 成人男性： 女性化乳房	☐ 1. あり ☐ 2. なし
3. 不妊	☐ 1. あり ☐ 2. なし	4. 閉経期前の 成人女性： 過少月経	☐ 1. あり ☐ 2. なし

5. その他 腫瘍に伴う 中枢神経症状	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	その他の内容		
性欲低下	☐ 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	視野障害	☐ 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	男性： ED（勃起障害）	☐ 1. あり ☐ 2. なし
陰毛、 腋毛の脱落	☐ 1. あり ☐ 2. なし		

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

1. 検査所見			
検査年月日	西暦 年 月 日		
TRH 負荷試験	FSH、LH の異常増加反応	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
ゴナドトロピン 負荷試験	性ホルモン増加反応	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
性器器質的異常	異常の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
血中 LH	測定値	mU/mL	
	基準値（自）	mU/mL	
	基準値（至）	mU/mL	
血中 FSH	測定値	mU/mL	
	基準値（自）	mU/mL	
	基準値（至）	mU/mL	
血中 hCG	測定値	mU/mL	
	基準値（自）	mU/mL	
	基準値（至）	mU/mL	

血中テストステロン (男性)	測定値	ng/mL
	基準値 (自)	ng/mL
	基準値 (至)	ng/mL
血中エストラジオール (女性)	測定値	pg/mL
	基準値 (自)	pg/mL
	基準値 (至)	pg/mL

2. 画像検査	
検査年月日	西暦 年 月 日
視床下部や下垂体の腫瘍性病変	☐ 1. あり ☐ 2. なし
3. 病理検査	
検査年月日	西暦 年 月 日
下垂体腫瘍組織のゴナドトロピン産生 (免疫組織化学的検索による)	☐ 1. あり ☐ 2. なし

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	☐ 1. 全て除外可 ☐ 2. 除外不可 ☐ 3. 不明
☐ 原発性性腺機能低下に基づく反応性ゴナドトロピン分泌過剰	

<診断のカテゴリー>

Definite : ①～③をすべて満たす	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
☐ ① A. の主症状 1.、2.、4.、5. を満たす ☐ ② B-1. でゴナドトロピン (LH、FSH、hCG) または GnRH (LHRH) によって生じるゴナドトロピン分泌過剰を認める ☐ ③ B-2. 画像検査およびB-3. 病理検査の項目の全てを満たすもの	

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250 文字以内かつ7行以内

--

■ 発症と経過

既往歴 (女性のみ)	閉経の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	妊娠回数	回	出産回数 回
病歴の概要			
経過			

■ 治療その他

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	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	内容	
治療経過及び治療効果の内容		
今後の治療		

■ 重症度分類に関する事項

☐ 軽症：下記以外
☐ 重症：下記のいずれかを満たす ☐ 1. 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 ☐ 2. 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

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	☐ 1. あり		
開始時期	西暦 年 月		
離脱の見込み	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
種類	☐ 1. 気管切開孔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	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	整容	☐ 自立 ☐ 部分介助/不可能	
	トイレ動作	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	入浴	☐ 自立 ☐ 部分介助/不可能	
	歩行	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	階段昇降	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 不能	
	着替え	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	排便コントロール	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	排尿コントロール	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	

医療機関名										
指定医番号										
医療機関所在地										
電話番号										
	*ハイフンを除き、左詰めで記入									
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと									
記載年月日	西暦					年			月	
										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。
- ・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。