

078-2 下垂体前葉機能低下症

(副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 分泌低下症)

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
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"/> <input type="text"/>							
住所								
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	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 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	<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							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <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

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

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・体重等				
現在	身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg
主症候				
検査日	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	
① 全身倦怠感		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
② 易疲労性		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
③ 食欲不振		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
④ 低血圧		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
⑤ 意識消失（低血糖や低ナトリウム血症による）		<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	
	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	

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

内分泌機能		
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	
ACTH系：ACTH-Z連続負荷		
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
	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"/> <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"/> <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
	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
	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
除外規定	ACTH 分泌を低下させる薬剤投与を除く。	

<診断のカテゴリー>

Definite : 下記の 1~4 を満たし、5 あるいは 5 および 6 を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 1. A の主症候①~⑤の 1 項目以上を満たす <input type="checkbox"/> 2. 血中コルチゾールが低値 <input type="checkbox"/> 3. 血中 ACTH は高値ではない <input type="checkbox"/> 4. 尿中遊離コルチゾール排泄量の低下 <input type="checkbox"/> 5. ACTH 分泌刺激試験 (CRH、インスリン負荷) 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 <input type="checkbox"/> 6. 迅速 ACTH (コートロシン) 負荷に対し血中コルチゾールは低反応を示す	

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

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		
	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			
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		

■ 治療その他

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	
	期間	
	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
	治療経過及び 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	
	期間	
	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
	治療経過及び 治療効果の内容	

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"/>	<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	印 ※自筆または押印のこと											
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

- ・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ます。)
- ・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。