

78 下垂体性前葉機能低下症

078-01 下垂体前葉機能低下症
(ゴナドトロピン分泌低下症)

078-03 下垂体前葉機能低下症
(甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症)

078-05 下垂体前葉機能低下症
(成人 GH 分泌不全症)

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)

078-04 下垂体前葉機能低下症
(GH 分泌不全性低身長症 (小児))

078-6 下垂体前葉機能低下症
(プロラクチン (PRL) 分泌低下症)

本疾病は複数の機能障害ホルモンに機能低下がみられる方がおりますが、提出する臨床調査個人票は**一種類のみ**で構いません。認定となる枝番の臨床調査個人票を一つ選択し、記載してください。

例

078-01 下垂体前葉機能低下症
(ゴナドトロピン分泌低下症)

078-03 下垂体前葉機能低下症
(甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症)

078-6 下垂体前葉機能低下症
(プロラクチン (PRL) 分泌低下症)

障害されているホルモンは01、03、06の三種類
いずれも認定基準を満たしているが、01のみを提出する

78 下垂体性前葉機能低下症②

異所性ホルモン産生腫瘍、間脳下垂体機能障害のない患者に対し、手術や医薬品の使用等により間脳下垂体機能障害をきたした場合には制度の対象外です。

手術歴がある場合、確認のために保留とします。
手術を行ったが、本疾病との関連性は無いという場合には、その旨を必ず特記事項に記載してください。

P4 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

(例) 令和〇年〇月〇日 〇〇術施行。
ただし、本疾病との関連性は否定する。

P3

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
LH/FSH 系	
基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
2. 血中 FSH	
基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
LHRH 試験 反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
LHRH 試験 頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mU/mL
3. 血中、尿中性ステロイド (テストステロン)	測定値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
4. 血中、尿中性ステロイド (エストラジオール)	測定値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
5. 血中、尿中性ステロイド (プロゲステロン)	測定値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
6. ギナドトロピン負荷に対して性ホルモン分泌増加反応	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
除外規定	ギナドトロピン分泌を低下させる薬剤投与や高度肥満・神経性食思不振症を除く。

手術歴がある方については、手術前の検査所見を記載してください。

78 下垂体性前葉機能低下症④ (ACTH分泌低下症のみ)

P4

<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 1. 該当 2. 非該当

- 1. Aの主症候①~⑤の1項目以上を満たす
- 2. 血中コルチゾールが低値
- 3. 血中ACTHは高値ではない
- 4. 尿中遊離コルチゾール排泄量の低下
- 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
- 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

P4

尿中遊離
コルチゾール

基礎値

 μg/日

基準値(自)

 μg/日

基準値(至)

 μg/日

「尿中遊離コルチゾール」が未記載の場合が散見されます。
尿中遊離コルチゾール排泄量の低下は必須項目です。

78 下垂体性前葉機能低下症⑤ (ACTH分泌低下症のみ)

P4

<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		

P4

血中ACTH	CRH試験反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2. なし
	CRH試験頂値	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pg/mL	
	インスリン負荷反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2. なし

P3

血中コルチゾール	迅速ACTH試験反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2. なし
	迅速ACTH試験頂値	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 2. なし
	CRH試験頂値	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> μg/dL	
	インスリン負荷反応性	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2. なし

<診断のカテゴリー>5.と6.のACTH分泌刺激試験や迅速ACTH負荷について、血中ACTHおよびコルチゾールが低反応に該当する場合は、低反応であっても反応性は「なし」と御記入いただき、特記事項に詳細を御記載ください。