

073 下垂体性 TSH 分泌亢進症

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦	年 月 日	*以降、数字は 右詰めで記入
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	-		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦	年 月 日		
性別	☐ 男性 ☐ 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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		
発症時期	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		
手帳取得状況			
身体障害者手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級）		
療育手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり		
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級）		
人工呼吸器等装着者認定基準に該当			
☐ 1. する ☐ 2. しない ☐ 3. 不明			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

- ☐ Definite: Aの主要症候のうち1項目以上を満たし、Bの検査所見の全てを満たし、Cの鑑別疾患を除外したもの
- ☐ Probable: Aの主要症候のうち1項目以上を満たし、Bの検査所見の①及び②を満たし、Cの鑑別疾患を除外したもの
- ☐ いずれにも該当しない

A. 主要症候

①甲状腺中毒症状（動悸、頻脈、発汗増加、体重減少）を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
②びまん性甲状腺腫大を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
③下垂体腺腫による症状（頭痛・視野障害）を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当

B. 検査所見

①血中甲状腺ホルモン（遊離T4）が高値にもかかわらず、血中TSHは用いた検査キットにおける健常者の年齢・性別基準値と比して正常値～軽度高値を示す（Syndrome of Inappropriate Secretion of TSH ; SITSH）	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
②画像診断で下垂体腺腫を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
③摘出した下垂体腺腫組織の免疫組織学的検索により TSH β ないしは TSH 染色性を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当

画像所見

CT	検査年月日	西暦 年 月 日
	下垂体腺腫の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	所見	
MRI	検査年月日	西暦 年 月 日
	下垂体腺腫の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	所見	☐ 1. 下垂体微小腺腫（10 mm 未満） ☐ 2. 下垂体マクロ腺腫（10 mm 以上）
	海綿静脈洞進展の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	鞍上部進展の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし

病理所見（摘出した下垂体腫瘍組織の免疫組織学的検索）			
陽性のもの	☐ 1. TSH	☐ 2. TSH β	☐ 3. PRL
	☐ 5. FSH	☐ 6. LH	☐ 7. α サブユニット
	☐ 4. GH	☐ 8. ACTH	

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
☐ 甲状腺ホルモン不応症			

■ 重症度分類に関する事項 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

☐ 1. 軽症： 重症以外			
☐ 2. 重症： 血中 FT3 又は FT4 が上昇し、かつ甲状腺中毒症状を認める			
甲状腺中毒症状			
☐ 動悸	☐ 頻脈	☐ 発汗増加	☐ 体重減少
検査所見			
血中遊離 T3	測定値		pg/mL
	基準値（上限）		pg/mL
血中遊離 T4	測定値		ng/dL
	基準値（上限）		ng/dL

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500 文字以内

--

■ その他の事項

発症と経過

現在の活動状況	☐ 1. 正常人と同じ ☐ 2. やや制限 ☐ 3. 中等度制限 ☐ 4. 高度制限
発病後年月	年 か月

症状

理学所見（治療前）（新規）				
脈拍	回/分	体温	. 度	
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg	
身長・体重等				
発病前最大（新規）	身長	. cm	体重	. kg
確診時（新規）	身長	. cm	体重	. kg
現在	身長	. cm	体重	. kg
主症状（治療前）（新規）				
検査日	西暦 年 月 日			
i) 頭痛	☐ 1. あり ☐ 2. なし	ii) 視力・視野障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
iii) 発汗増加	☐ 1. あり ☐ 2. なし	iv) 体重減少	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
v) 不整脈	☐ 1. 頻脈 ☐ 2. 徐脈 ☐ 3. 心房細動 ☐ 4. なし			
vi) 動悸	☐ 1. あり ☐ 2. なし	心不全	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
甲状腺腫大	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
月経異常（女性のみ）	☐ 1. あり ☐ 2. なし	ED（勃起障害）（男性のみ）	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
その他	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
	その他の内容			
合併症の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
	ありの場合	☐ 1. 糖尿病 ☐ 2. 高血圧 ☐ 3. 狭心症 ☐ 4. 心筋梗塞		
		☐ 5. 脳梗塞 ☐ 6. 脳出血 ☐ 7. 高脂血症 ☐ 8. 肝障害		
		☐ 9. 腎障害 ☐ 10. 多発性内分泌腫瘍症 I 型 ☐ 11. その他		

検査所見

検査所見（治療前）（新規）						
検査年月日	西暦					年
						月
						日
血中遊離 T4	測定値					ng/dL
	基準値（自）					ng/dL
	基準値（至）					ng/dL
血中遊離 T3	測定値					pg/mL
	基準値（自）					pg/mL
	基準値（至）					pg/mL
血清 TSH	測定値					μU/mL
	基準値（自）					μU/mL
	基準値（至）					μU/mL
血中 α サブユニット	測定値					ng/mL
	基準値（自）					ng/mL
	基準値（至）					ng/mL
GH	測定値					ng/mL
	基準値（自）					ng/mL
	基準値（至）					ng/mL
IGF-1	測定値					ng/mL
	基準値（自）					ng/mL
	基準値（至）					ng/mL
プロラクチン	測定値					ng/mL
	基準値（自）					ng/mL
	基準値（至）					ng/mL

ACTH	測定値						pg/mL
	基準値（自）						pg/mL
	基準値（至）						pg/mL
コルチゾール	測定値						μg/dL
	基準値（自）						μg/dL
	基準値（至）						μg/dL
抗 TSH レセプター抗体	測定値						IU/L
	基準値（自）						IU/L
	基準値（至）						IU/L
TSAb	測定値						%
	基準値（自）						%
	基準値（至）						%
αサブユニット/TSH モル比							
その他のホルモン異常							
GH 系	☐ 1. あり ☐ 2. なし		LH/FSH 系	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
ACTH 系	☐ 1. あり ☐ 2. なし		PRL 系	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
バソプレシン系	☐ 1. あり ☐ 2. なし						
画像所見							
X 線	検査年月日	西暦 年 月 日					
	トルコ鞍拡大	☐ 1. あり ☐ 2. なし					
	所見						

負荷試験（治療前）（新規）					
TRH 試験	負荷前 TSH	μU/mL			
	頂値	☐ 30 分 ☐ 60 分 ☐ 90 分 ☐ 120 分			
		μU/mL			
甲状腺エコー					
施行有無	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施		びまん性 甲状腺腫大	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
所見					
甲状腺ヨード摂取率（シンチグラフィー）					
施行有無	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施		数値	. %	
内容	☐ 1. びまん性 ☐ 2. 結節性				

治療

治療	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
薬物治療の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
	薬物名			
	投与量			
下垂体手術	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	種類	☐ 1. 経蝶形骨洞 ☐ 2. 開頭		
	手術日	西暦 年 月 日		
下垂体照射	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	実施日	西暦 年 月 日		

その他の治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	内容	
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	

■ 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												
記載年月日	西暦					年			月			日
診断年月日	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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	西暦					年			月			日
公費負担者番号												
認定結果	☐ 認定 ☐ 不認定											
研究同意の有無	☐ 有 ☐ 無											
受給者番号												
有効期限	西暦					年			月			日
階層区分	☐ 生活保護 ☐ 低所得Ⅰ ☐ 低所得Ⅱ ☐ 一般所得Ⅰ ☐ 一般所得Ⅱ ☐ 上位所得 ☐ その他											
軽症者登録	☐ 有 ☐ 無											
保険情報	保険者番号						被保険者記号					
	被保険者番号						被保険者 個人単位枝番					
	資格取得 年月日	西暦					年			月		