

078 下垂体前葉機能低下症

■ 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

病型	☐ 1. ギナドトロピン分泌低下症	☐ 2. 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）分泌低下症
	☐ 3. 甲状腺刺激ホルモン（TSH）分泌低下症	☐ 4. GH 分泌不全性低身長症（小児）
	☐ 5. 成人 GH 分泌不全症	☐ 6. プロラクチン（PRL）分泌低下症

1) ギナドトロピン分泌低下症

<診断のカテゴリー>

☐ Definite 1：下記の 1～4 を満たし、B の除外規定を満たす
☐ 1. A の 1～4 の 1 項目以上を満たす
☐ 2. 血中ギナドトロピン（LH、FSH）は高値ではない
☐ 3. ギナドトロピン分泌刺激検査に対して血中ギナドトロピンは低反応ないし無反応 ただし、視床下部性ギナドトロピン分泌低下症の場合は、LHRH の連続投与後に正常反応を示すことがある。
☐ 4. 血中、尿中性ステロイドホルモン（エストロゲン又はテストステロン）が低値
☐ Definite 2：Kallmann 症候群の基準を満たす
☐ いずれにも該当しない

A. 症状

主症候		
1. 二次性徴の欠如（男子 15 歳以上、女子 14 歳以上） または二次性徴の進行停止	☐ 1. 欠如	☐ 2. 進行停止 ☐ 3. 遅延
2. 月経異常（無月経、無排卵周期症、または稀発月経）	☐ 1. あり	☐ 2. なし
3. 性欲低下、勃起障害（男性のみ）、不妊	☐ 1. あり	☐ 2. なし
4. 陰毛・腋毛の脱落、性器萎縮、乳房萎縮	☐ 1. あり	☐ 2. なし

B. 除外規定

LH/FSH 系	ギナドトロピン分泌を低下させる薬剤投与や、 高度肥満・神経性やせ症を除く	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
----------	---	--

2) 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 分泌低下症

<診断のカテゴリー>

Definite : 下記の 1~5 を満たし、C の除外規定を満たす	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
☐ 1. A の 1~8 の 1 項目以上を満たす ☐ 2. 血中コルチゾールが正常低値～低値 ☐ 3. 尿中遊離コルチゾール排泄量の低下 ☐ 4. 血中 ACTH は高値ではない ☐ 5. ACTH 分泌刺激試験 (CRH 試験、インスリン低血糖試験) 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		

A. 症状

主症候		
1. 易疲労感、脱力感	☐ 1. あり	☐ 2. なし
2. 食欲不振、体重減少	☐ 1. あり	☐ 2. なし
3. 消化器症状 (悪心、嘔吐、便秘、下痢、腹痛)	☐ 1. あり	☐ 2. なし
4. 血圧低下	☐ 1. あり	☐ 2. なし
5. 精神障害 (無気力、嗜眠、不安、性格変化)	☐ 1. あり	☐ 2. なし
6. 発熱	☐ 1. あり	☐ 2. なし
7. 低血糖症状	☐ 1. あり	☐ 2. なし
8. 関節痛	☐ 1. あり	☐ 2. なし

B. 検査所見 *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

内分泌機能 (ACTH 系 : ACTH-Z 連続負荷)		
血中コルチゾール	CRH 試験 反応性	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	CRH 試験 頂値	μg/dL
	インスリン負荷 反応性	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	インスリン負荷 頂値	μg/dL
血中 ACTH	基礎値	pg/mL

C. 除外規定

ACTH 系	ACTH 分泌を低下させる薬剤投与を除く。特にグルココルチコイド（注射薬、内服薬、外用薬、吸入薬、点眼薬、関節内注入薬など）については十分病歴を確認する。	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
--------	---	--

3) 甲状腺刺激ホルモン（TSH）分泌低下症

<診断のカテゴリー>

- ☐ Definite 1：下記の 1～4 の全項目を満たし、B の除外規定を満たす
- ☐ Definite 2：下記の 1～3 の全項目を満たし、5 を満たし、B の除外規定を満たす
- ☐ Probable：下記の 2、3 を満たす
- ☐ 1. A の 1～6 のうち 1 項目以上を満たす
- ☐ 2. 血中甲状腺ホルモン（特に遊離 T4）の低値
- ☐ 3. 血中 TSH は低値～軽度高値
- ☐ 4. 画像検査で間脳下垂体に器質性疾患を認める。あるいは、頭蓋内器質性疾患の合併、既往歴、治療歴、または周産期異常の既往歴を有する。
- ☐ 5. TRH 試験（200～500 μ g）に対する血中 TSH は、a) 低反応または無反応、b) 遷延または遅延反応を示す
- ☐ いずれにも該当しない

A. 症状

主症候		
1. 耐寒性の低下	☐ 1. あり	☐ 2. なし
2. 不活発	☐ 1. あり	☐ 2. なし
3. 皮膚の乾燥	☐ 1. あり	☐ 2. なし
4. 徐脈	☐ 1. あり	☐ 2. なし
5. 脱毛	☐ 1. あり	☐ 2. なし
6. 発育障害	☐ 1. あり	☐ 2. なし

B. 除外規定

TSH 系	TSH 分泌を低下させる薬剤投与を除く。非甲状腺疾患（nonthyroidal illness、low T3 症候群）を除外する。	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
-------	---	--

4) GH 分泌不全性低身長症（小児）

<診断のカテゴリー>

- ☐ Definite 1 : A の 1 を満たし、B のうち 2 種類以上の分泌刺激試験において検査所見を満たし、C の除外規定を満たす
- ☐ Definite 2 : A の 2 を満たし、B のうち 1 種類以上の分泌刺激試験において検査所見を満たし、C の除外規定を満たす
- ☐ Definite 3 : A の 1 および 3 を満たし、B のうち 1 種類以上の分泌刺激試験において検査所見を満たし、C の除外規定を満たす
- ☐ Possible 1 : A の 1 または 2 を満たし、以下の D のうち、3 つ以上を満たし、C の除外規定を満たす
- ☐ Possible 2 : A の 1 を満たし、B のうち 1 種類の分泌刺激試験において検査所見を満たし、D のうち 2 つを満たし、C の除外規定を満たす
- ☐ Possible 3 : A の 1 および 3 を満たし、以下の D のうち 2 つ以上を満たし、C の除外規定を満たす
- ☐ いずれにも該当しない

A. 症状

主症候	
1. 成長障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし
2. 乳幼児で、低身長を認めない場合であっても、成長ホルモン分泌不全が原因と考えられる症候性低血糖がある	☐ 1. あり ☐ 2. なし
3. 頭蓋内器質性疾患や他の下垂体ホルモン分泌不全がある	☐ 1. あり ☐ 2. なし

B. 検査所見

成長ホルモン（GH）分泌刺激試験	
1. インスリン負荷前及び負荷後 120 分間にわたり、30 分毎に測定した血清（血漿）中 GH 濃度の頂値が 6 ng/ml 以下である	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
2. アルギニン負荷前及び負荷後 120 分間にわたり、30 分毎に測定した血清（血漿）中 GH 濃度の頂値が 6 ng/ml 以下である	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
3. L-DOPA 負荷前及び負荷後 120 分間にわたり、30 分毎に測定した血清（血漿）中 GH 濃度の頂値が 6 ng/ml 以下である	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
4. クロニジン負荷前及び負荷後 120 分間にわたり、30 分毎に測定した血清（血漿）中 GH 濃度の頂値が 6 ng/ml 以下である	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
5. グルカゴン負荷前及び負荷後 180 分間にわたり、30 分毎に測定した血清（血漿）中 GH 濃度の頂値が 6 ng/ml 以下である	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

6. GHRP-2 負荷前及び負荷後 60 分にわたり、 15 分ごとに測定した血清（血漿）GH 頂値が 16 ng/ml 以下である	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
---	---

成長ホルモン（GH）分泌刺激試験：血中 GH 頂値	
インスリン負荷	ng/mL
アルギニン負荷	ng/mL
L-DOPA 負荷	ng/mL
クロニジン負荷	ng/mL
グルカゴン負荷	ng/mL
GHRP-2 負荷	ng/mL

C. 除外規定

成長ホルモン系	GH 分泌を低下させる薬剤投与を除く	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
---------	--------------------	--

D. 参考所見

☐ 明らかな周産期障害がある ☐ 骨年齢が暦年齢の 80%以下である ☐ 24 時間あるいは夜間入眠後 3～4 時間にわたって 20 分毎に測定した血清（血漿）GH 濃度の平均値が正常値に比べ低値である ☐ 血清（血漿）IGF-1 値が正常値に比べ低値である					
骨年齢	歳	か月	暦年齢	歳	か月
血清（血漿）GH 濃度	平均値	ng/mL	基準値（下限）	ng/mL	
血清（血漿）IGF-1	測定値	ng/mL	基準値（下限）	ng/mL	

5) 成人 GH 分泌不全症

<診断のカテゴリー>

- ☐ Definite 1 : A の 1 または 2 を満たし、B の 1~4 のうち 2 種類以上の検査所見を満たし、C の除外規定を満たす
- ☐ Definite 2 : A の 2 を満たし、B の 1~4 のうち 1 種類の検査所見を満たし、B の 5 を満たし、C の除外規定を満たす
- ☐ いずれにも該当しない

A. 症状

主症候	
1. 小児期発症では成長障害を伴う	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
2. 頭蓋内器質性疾患の合併ないし既往歴、治療歴又は周産期異常の既往がある	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当

B. 検査所見

成長ホルモン (GH) 分泌刺激試験	
1. インスリン負荷前及び負荷後 120 分間にわたり、30 分毎に測定した血清中 GH 濃度の頂値が 3 ng/ml 以下である	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
2. アルギニン負荷前及び負荷後 120 分間にわたり、30 分毎に測定した血清中 GH 濃度の頂値が 3 ng/ml 以下である	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
3. グルカゴン負荷前及び負荷後 180 分間にわたり、30 分毎に測定した血清中 GH 濃度の頂値が 3 ng/ml 以下である	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
4. GHRP-2 負荷試験で、負荷前及び負荷後 60 分にわたり、15 分ごとに測定した血清 GH 頂値が 9 ng/ml 以下である	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
5. GH を含めて複数の下垂体ホルモンの分泌低下	☐ 1. あり ☐ 2. なし
成長ホルモン (GH) 分泌刺激試験：血中 GH 頂値	
インスリン負荷	ng/mL
アルギニン負荷	ng/mL
グルカゴン負荷	ng/mL
GHRP-2 負荷	ng/mL

C. 除外規定

成長ホルモン系	GH 分泌を低下させる薬剤投与を除く	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
---------	--------------------	--

6) プロラクチン (PRL) 分泌低下症

<診断のカテゴリー>

Definite : 下記の 1～4 の全項目を満たす	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
☐ 1. 産褥期の乳汁分泌低下を認める ☐ 2. 血中 PRL 基礎値の低下を認める ☐ 3. TRH 負荷 (200～500 μ g 静注) に対する血中 PRL の反応性の低下又は欠如を認める ☐ 4. PRL 分泌を低下させる薬剤投与を除く	

■ 重症度分類に関する事項（疾患共通）

重症度	☐ 1. 軽症 ☐ 2. 重症	
	重症	☐ 1. 間脳下垂体腫瘍などの器質的疾患に伴うもの ☐ 2. 先天異常に伴うもの ☐ 3. 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 ☐ 4. 重症の成長ホルモン分泌不全症 ☐ 5. ACTH 単独欠損症、ゴナドトロピン単独欠損症

■ 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（疾患共通）

既往歴（新規）			
本人出生時骨盤位出生	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
出生時状況	☐ 1. 正常 ☐ 2. 仮死		
頭蓋内器質性疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
周産期異常	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
病因			
遺伝性・家族性	☐ 1. あり ☐ 2. なし	妊娠又は分娩に続発	☐ 1. あり ☐ 2. なし
頭蓋咽頭腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし	神経下垂体胚細胞腫瘍	☐ 1. あり ☐ 2. なし
視床下部・下垂体近傍髄膜腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし	下垂体腺腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし
その他	☐ 1. あり ☐ 2. なし *ありの場合は下記に記入		
	診断名		
特発性	☐ 1. あり ☐ 2. なし	ラトケ嚢胞	☐ 1. あり ☐ 2. なし
リンパ球性下垂体炎	☐ 1. あり ☐ 2. なし	不明	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
病歴の概要			

症状（疾患共通）

理学所見			
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg
身長・体重			
現在の身長	. cm	現在の体重	. kg
主症候以外の症候	☐ 1. あり ☐ 2. なし *ありの場合は下記に記入		
	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	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明

治療（疾患共通）

薬物療法		
薬物 1	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬物名	
	投与量	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
	治療経過および 治療効果の内容	
薬物 2	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬物名	
	投与量	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
	治療経過および 治療効果の内容	

検査所見（疾患別）

内分泌機能（新規）		
検査年月日	西暦	年 月 日
LH/FSH 系（新規）（ゴナドトロピン分泌低下症のみ）		
血中 LH	基礎値	mU/mL
	基準値（自）	mU/mL
	基準値（至）	mU/mL
	LHRH 試験 反応性	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	LHRH 試験 頂値	mU/mL
血中 FSH	基礎値	mU/mL
	基準値（自）	mU/mL
	基準値（至）	mU/mL
	LHRH 試験 反応性	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	LHRH 試験 頂値	mU/mL
血中、尿中性ステロイド（テストステロン）	測定値	ng/mL
血中、尿中性ステロイド（エストラジオール）	測定値	pg/mL
血中、尿中性ステロイド（プロゲステロン）	測定値	pg/mL
ACTH 系：ACTH-Z 連続負荷（新規）（副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）分泌低下症のみ）		
血中コルチゾール	基礎値	μg/dL
	基準値（自）	μg/dL
	基準値（至）	μg/dL
	迅速 ACTH 試験 反応性	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	迅速 ACTH 試験 頂値	μg/dL
	ACTH-Z 連続負荷 増加反応	☐ 1. あり ☐ 2. なし

血中 ACTH	CRH 試験 反応性	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	CRH 試験 頂値	pg/mL
	インスリン負荷 反応性	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	インスリン負荷 頂値	pg/mL
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
TSH 系（新規）（甲状腺刺激ホルモン（TSH）分泌低下症のみ）		
血中 TSH	基礎値	µU/mL
	基準値（自）	µU/mL
	基準値（至）	µU/mL
	TRH 試験 反応性	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	TRH 試験 頂値	µU/mL
	TRH 試験 その時間	分後
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
成長ホルモン系（新規）（成人 GH 分泌不全症のみ）		
血清 IGF-1	測定値	ng/mL
	基準値（自）	ng/mL
	基準値（至）	ng/mL

プロラクチン系（プロラクチン（PRL）分泌低下症のみ）		
血中プロラクチン	基礎値	ng/mL
	基準値（自）	ng/mL
	基準値（至）	ng/mL
	TRH 試験 反応性	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	TRH 試験 頂値	ng/mL

病型分類

小児 GH 分泌不全性低身長症のみ	
☐ 重症 1	Definitel の場合：下記の 2 種類以上の分泌刺激試験における血中 GH 濃度が全て 3 ng/ml 以下（GHRP-2 負荷試験では 10 ng/ml 以下）のもの
☐ 重症 2	Definite2 または 3 の場合：下記の 1 種類の分泌刺激試験における GH 頂値が 3 ng/ml 以下（GHRP-2 負荷試験では 10 ng/ml 以下）のもの
☐ 中等症	上記以外の場合、下記の全ての GH 頂値が 6 ng/ml 以下（GHRP-2 負荷試験では 16 ng/ml 以下）のもの
☐ 軽症	重症もしくは中等症以外
成人 GH 分泌不全症のみ	
☐ 重症 1	Definite 1 の場合：下記の 2 種類以上の GH 分泌刺激試験における血清 GH の頂値が 1.8 ng/ml 以下（GHRP-2 負荷試験では 9 ng/ml 以下）のもの
☐ 重症 2	Definite2 の場合：下記の 1 種類の GH 分泌刺激試験における血清 GH の頂値が 1.8 ng/ml 以下（GHRP-2 負荷試験では 9 ng/ml 以下）のもの

■ 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		