

他の下垂体ホルモン分泌		LH・FSH系 TSH系 ACTH系 プロラクチン(PRL) ADH系	1.正常 1.正常 1.正常 1.正常 1.正常	2.低下 2.低下 2.低下 2.低下 2.低下	3.亢進 3.亢進 3.亢進 3.亢進 3.亢進
治療経過	治療法	1.下垂体手術(1.経蝶形骨洞 2.開頭)(施設名) 2.下垂体照射(1.通常 2.定位)(施設名) 3.薬物療法 <input type="checkbox"/> 酢酸オクトレオチド 投与量 _____ 期間 _____ <input type="checkbox"/> ペグビソマント 投与量 _____ 期間 _____ <input type="checkbox"/> ドパミン作動薬 <input type="checkbox"/> プロモクリプチン <input type="checkbox"/> カベルゴリン 投与量 _____ 期間 _____ <input type="checkbox"/> その他 薬剤名: _____ 投与量 _____ 期間 _____ 4.未治療 5.その他			
	治療効果	1.成長ホルモン低下 1.あり 2.先端巨大症の症候改善 2.なし 3.不明 3.視力・視野改善 治療後(薬物療法では治療中)血中成長ホルモン _____ ng/ml IGF-I _____ ng/ml (年齢性別基準値: _____ ~ _____) 2.不明(これから治療する患者を考慮し)			
組織所見	免疫染色(複数可) 1.GH 2.PRL 3.GH+PRL(同時) 4.TSH 5.FSH 6.LH 7.サブユニット 8.ACTH 9.その他 (_____) サイトケラチン染色: <input type="checkbox"/> 施行(パターン _____): <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 不明 組織診断				
治療	(特に薬物治療の予定について記載してください。)				
診断根拠	(特に非典型的な場合には、必ず記入して下さい)				
医療上の問題点					
医療機関名					
医療機関所在地					
医師の氏名		印	電話番号	(_____)	
			記載年月日:平成	年	月 日
(軽快者の症状が悪化した場合のみ記載) 症状が悪化したことを医師が確認した年月日 平成 年 月 日					
特定疾患登録証交付年月日 平成 年 月 日					

