

(様式1)

成人成長ホルモン患者登録書

記載日(西暦) 20 年 月 日

施設名 科名 科

〒

所在地

電話 ()

フリガナ	
主治医名	

患者イニシャル*1	患者匿名化番号(各医療機関で設定)*1	性別	生年月
		1.男 2.女	西暦 年 月 歳
既往・治療歴	1.小児期発症GHD (有・無)		
	2.頭蓋内器質性疾患 (有・無)(有のとき 疾病名)		発症年月 年 月)
	3.頭蓋部手術歴 (有・無)(有のとき 疾病名)		手術年月 年 月)
	4.頭蓋放射線治療歴 (有・無)(有のとき(局所分割照射、 定位的放射線治療)		治療年月 年 月)
	5.頭蓋外傷歴 (有・無)(有のとき 疾病名)		受傷年月 年 月)
	6.画像診断上で視床下部下垂体領域の異常所見 (有・無)(有のとき 異常所見)		
	7.小児期GH治療歴 (有・無)		
症状	1.易疲労感(有・無) 2.スタミナ不足(有・無) 3.集中力低下(有・無) 4.気力低下(有・無) 5.うつ状態(有・無) 6.性欲低下(有・無) 7.その他 ()		
身体所見	1.皮膚の菲薄化(有・無) 2.体毛の柔軟化(有・無) 3.筋力低下 (有・無)		
検査成績1 身体計測値と体組成			
1.身長 . cm 2.体重 . kg 3.ウエスト . cm 4.ヒップ . cm 5.ウエスト/ヒップ比 / 6.体脂肪率 . % 7.除脂肪体重 . kg (方法) 8.骨密度測定(DEXA): 骨密度 g/cm ² 9.Z score (SD)			
検査成績2 GH分泌刺激試験(GH頂値) 登録前1年以内のもの			
1.インスリン低血糖刺激試験 ng/ml 2.アルギニン試験 ng/ml 3.レドール試験 ng/ml 4.グルカゴン試験 ng/ml 5.GHRP-2試験 ng/ml			
検査成績3 GH以外のホルモン分泌(基礎値) および尿崩症の有無			
1.IGF-I ng/ml 2.ACTH pg/ml 3.Cortisol µg/dl 4.Testosterone ng/ml 5.E2 pg/ml 6.FSH mIU/ml 7.LH mIU/ml 8.free T4 ng/dl 9.TSH µU/ml 10.PRL ng/ml 11.尿崩症 (有・無)			
診断	小児期発症GHD(1.続発性:基礎疾患名[] 2.特発性) 成人期発症GHD(1.続発性:基礎疾患名[] 2.特発性)		
共存疾患	1.高脂血症(有・無) 2.高血圧(有・無) 3.虚血性心疾患(有・無) 4.脳血管障害(有・無) 5.肝障害(有・無) 6.腎障害(有・無) 7.耐糖能低下(有・無) 8.視床下部下垂体以外の腫瘍(有・無)(有の場合 部位:)		
同意事項	データを学問的に用いることについての文書による同意*2 1.有 2.無 JAHQ アンケートに参加することについての文書による同意 1.有 2.無		

*1 患者イニシャルまたは患者匿名化番号をご記入下さい。

*2 成長科学協会の同意書(様式3)をご使用下さい。

事務局記入欄	受付日 年 月 日	登録番号	No.
--------	-----------	------	-----

送付先 〒113-0033 東京都文京区本郷5-1-16 VORT本郷
公益財団法人 成長科学協会

TEL . 03-5805-5370 FAX . 03-5805-5371