**成人成長ホルモン患者登録書**

(様式1)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記載日(西暦） | 2 0　     年　     月　     日 |  | フリガナ |       |
| 施設名 |       | 科名　　     科 |  | 主治医名 | 　　　　　      | ㊞ |
|  | 〒      |  |  |  |
| 所在地 |       |  | 電　話 |      　（　     　）     　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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（[ ] 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　      ．     ｃｍ5．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/㎠　　　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．L‐ドーパ試験　      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 |
| 1．5．9． | IGF‐I　      ng/mlE2　　      pg/mlTSH　      μU/ml | 2．6．10． | ACTH　      pg/mlFSH　       mIU/mlPRL　        ng/ml | 3．7．11． | Cortisol　      μg/dlLH　　       mIU/ml尿崩症　（[ ] 有・[ ] 無） | 4．8． | Testosterone　      ng/mlfree T4      ng/dl |
| 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 | 1．5． | 高脂血症（[ ] 有・[ ] 無）肝障害（[ ] 有・[ ] 無） | 2．6． | 高血圧（[ ] 有・[ ] 無）腎障害（[ ] 有・[ ] 無） | 3．7． | 虚血性心疾患（[ ] 有・[ ] 無）耐糖能低下（[ ] 有・[ ] 無） | 4． | 脳血管障害（[ ] 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\*2JAHQ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．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 |