**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　      ．     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/㎠　　　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/ml  E2　　      pg/ml  TSH　      μU/ml | | | | | 2．  6．  10． | | ACTH　      pg/ml  FSH　       mIU/ml  PRL　        ng/ml | | 3．  7．  11． | | Cortisol　      μg/dl  LH　　       mIU/ml  尿崩症　（有・無） | | | | | 4．  8． | Testosterone　      ng/ml  free 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\*2  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．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 | |