

成人成長ホルモン治療成績・追跡調査書

記載日(西暦) 20 年 月 日

施設名 科名 科

フリガナ
主治医名

〒

所在地

電話 ()

登録番号は必ずご記入下さい。

登録番号	No.			
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	
		1.男 2.女	生年月	
			西暦 年 月 歳	
過去1年間の成長ホルモンの治療	投与	期間(過去1年以内)	投与量	
		西暦 年 月 日から 年 月 日まで	mg/日	
	方法	期間(過去1年以内)	投与量	投与回数
		西暦 年 月 日から 年 月 日まで	mg/日	回/週
	治療効果	期間(過去1年以内)	投与量	投与回数
		西暦 年 月 日から 年 月 日まで	mg/日	回/週
共存疾患の変化	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.ウエスト/ヒップ比減少(有・無) 7.体脂肪率 . % 8.体脂肪減少(有・無) 9.除脂肪体重 . kg (方法) 10.除脂肪体重増加(有・無) 11.IGF-I ng/ml 12.IGF-Iの増加(有・無) 13.骨塩量増加(有・無) 14.皮膚症状の改善(有・無) 15.筋力改善(有・無) 16.疲労感改善(有・無) 17.集中力改善(有・無) 18.気力低下改善(有・無) 19.うつ状態改善(有・無) 20.性欲低下改善(有・無) 21.その他の症状()の改善(有・無)			
	1.高脂血症 ・有(改善・不変・悪化) ・無(改善・不変) 2.高血圧 ・有(改善・不変・悪化) ・無(改善・不変) 3.虚血性心疾患 ・有(改善・不変・悪化) ・無(改善・不変) 4.脳血管障害 ・有(改善・不変・悪化) ・無(改善・不変) 5.肝障害 ・有(改善・不変・悪化) ・無(改善・不変) 6.腎障害 ・有(改善・不変・悪化) ・無(改善・不変) 7.耐糖能低下 ・有(改善・不変・悪化) ・無(改善・不変) 8.視床下部下垂体以外の腫瘍(部位) ・有(改善・不変・悪化) ・無(改善・不変)			
有害事象	この期間中に出現した有害事象(CH治療との関連を問わず) 1.有(軽・重・重篤) 2.無 有の場合は、その内容()			
生存状況	1.生 2.死亡(死因:) 死亡日 年 月 日			
治療状況	治療を 1.中止した 年 月 日 2.再開した 年 月 日			
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.
--------	-----------	------	-----