

807-3. ステロイドホルモン産生異常症（多嚢胞性卵巣症候群）臨床調査個人票（新規）

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年 月 日生 (満 歳)
氏 名							
住 所	〒 ( ) TEL ( )			出 生 都道府県		発病時在住 都道府県	
発病年月	年 月	初診年月日	年 月 日	保険 種別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後		
身体障害者手帳	1.あり（等級 級） 2.なし		介護認定	1.要介護（要介護度 ） 2.要支援 3.なし			
生活状況	社会活動（1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他（ ）） 日常生活（1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助）						
受療動向 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院（ /月） 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他（ ）						
家 族 歴	近親結婚： 1.あり 2.なし 3.不明 血族内発症： 1.あり 2.なし 3.不明						
1.身長	cm	2.体重	kg	(平成 年 月 日)		発症時の年齢	歳
既 往 歴	1.初経 歳 2.結婚 歳 3.出産 回 4.流産 回 5.中絶 回 1.月経歴（1.整 2.不整 3.無月経） 2.薬剤投与（1.あり 2.なし 3.不明）						
主 訴	1.月経異常 2.不妊 3.多毛 4.男性化 5.肥満 6.糖尿病 7.Acanthosis nigricans 8.その他（ ）						
臨 床 症 状 (初診時)	*月経状態 1.正常 2.黄体機能不全 3.無排卵周期症 4.機能的出血 5.第1度無月経 6.第2度無月経 基礎体温 1.一相性 2.二相性 3.未検 *多 毛 1.あり（多毛の部位 1.四肢 2.外陰下腹部 3.顔面） 2.なし *にきび 1.あり 2.なし 陰核肥大 1.あり 2.なし *低 声 1.あり 2.なし *肥 満 1.あり（BMI： ） 2.なし *卵巣腫大 1.あり（大きさ： × cm） 2.なし (エコー計測)						
内 分 泌 検 査 所 見	*血中 LH 1.低値 2.正常 3.高値 *血中 FSH 1.低値 2.正常 3.高値 血中 LH/FSH 比 1.低値 2.正常 3.高値 *LH-RH test (LH) 1.低値 2.正常 3.高値 LH-RH test (FSH) 1.低値 2.正常 3.高値 血中プロラクチン 1.低値 2.正常 3.高値 4.未検 *血中テストステロン 1.低値 2.正常 3.高値 血中 androstenedion 1.低値 2.正常 3.高値 4.未検 血中エストロン 1.低値 2.正常 3.高値 4.未検 血中エストラジオール 1.低値 2.正常 3.高値 4.未検 血中コルチゾール 1.低値 2.正常 3.高値 4.未検 尿中エストロゲン 1.低値 2.正常 3.高値 4.未検 血中インスリン 1.低値 2.正常 3.高値 4.未検 クロミフェン（ mg）による排卵の有無 1.あり 2.なし 3.未検						
診 断 の 根 拠							

※ \*の項目は必ず記載してください。

（平成三十年一月改正）

負 荷 試 験	1. DXM	血中テストステロン	1. 下降	2. 不変	3. 上昇	4. 不明
	2. HCG	血中エストラジオール	1. 下降	2. 不変	3. 上昇	4. 不明
	3. HMG (負荷した番号に○)	尿中エストロゲン	1. 下降	2. 不変	3. 上昇	4. 不明
超 音 波 内 視 鏡 所 見	卵巣腫大		1. 一側	2. 両側	3. なし	4. 不明
	腫大の大きいほう		1. 鶏卵大	2. 鶏卵大以上		3. 不明
	白膜肥厚		1. あり	2. なし		3. 不明
	表面凹凸		1. あり	2. なし		3. 不明
手 術 ・ 組 織 学 所 見	卵巣の大きさ	左 × cm または (大) 右 × cm (大)				
	白膜肥厚		1. あり	2. なし		3. 不明
	白莖膜層増生		1. 著名	2. 軽度	3. なし	4. 不明
	嚢胞状卵胞		1. 多数	2. 少数	3. なし	4. 不明
	黄体白体		1. あり	2. なし		3. 不明
治 療 法	1. セキノビッド					
	2. クロミッド					
	3. クロミッド+多剤併用 ( )					
	4. 糖質コルチコイド					
	5. エストロゲン+プロゲステロン					
	6. 卵巣楔状切除術					
	7. その他 ( )					
治 療 効 果	治療法 ( )		1. あり	1. 多毛の改善 2. 排卵周期回復 3. 妊娠	2. なし	3. 不明
	治療法 ( )		1. あり	1. 多毛の改善 2. 排卵周期回復 3. 妊娠	2. なし	3. 不明
	治療法 ( )		1. あり	1. 多毛の改善 2. 排卵周期回復 3. 妊娠	2. なし	3. 不明
治 療 と 妊 娠	挙児希望		1. あり	2. なし		3. 不明
	妊娠成立		1. 1回	2. 2回以上		3. 不明
	転帰		1. 正期産	2. 流早産 ( 週)		3. 不明
	新生児		1. 正常	2. 異常		3. 不明
今 後 の 治 療	(特に薬物治療の予定について記入してください)					
診 断 根 拠	(特に非典型的な場合には、必ず記入してください)					
医療機関名						
医療機関所在地						
医師の氏名		Ⓜ	電話番号 ( ) 記載年月日： 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			年	月	日	
特定疾患登録者証交付年月日			年	月	日	

※ \*の項目は必ず記載してください。

※ ステロイドホルモン産生異常症にはこの他に副腎性クッシング症候群・異所性ACTH症候群によるクッシング症候群、原発性アルドステロン症、精巣機能低下症の個人票がありますので最も適当なものを提出してください。

### 807-3. ステロイドホルモン産生異常症（多嚢胞性卵巣症候群）の認定基準

多嚢胞性卵巣症候群は、両側の卵巣が多嚢胞化し、腫大し、白膜の肥厚をきたし、不妊、無排卵となるものをいう。

この症候群の成因は現在、嚢胞化した卵巣からの卵巣アンドロジェンの増加、卵巣エストロジェンの不足によると考えられている。

#### 1 症 状

- (1) 第1度無月経
- (2) 多毛
- (3) 肥満
- (4) 陰核肥大
- (5) 座瘡
- (6) 卵巣触知
- (7) 尿中エストロジェンの高値

#### 2 診断の基準

上記症状に加え、HCG、comipheneによる排卵誘発によって排卵をみず、LH-RH試験で、LH前値比較的高値、反応良好などにより診断する。

#### 3 認定の基準

診断の基準に該当し、投薬等の疾患特異的治療を必要とするもの。

#### 4 治 療

- 排卵誘発剤投与
- 卵巣楔状切除

#### 【添付資料】

非典型例の場合は必ず内視鏡写真及び超音波画像を添付してください。

#### ○留意事項

- (1) この個人票は受給者証をお持ちでない方が、新規に受給者証の交付を受けようとする場合に、申請書に添付する書類です。
- (2) 原則として6か月以内の資料に基づき記入してください。  
ただし、遺伝子検査を要するものにあつてはこの限りではありません。
- (3) 該当する欄に記入又は☑してください。
- (4) フィルム等の資料添付の指示がある場合は、必ず添付してください。
- (5) 必要な場合は医師の意見書を添付してください。
- (6) 当該事業は治療研究事業であるため、現時点で疾患の症状が安定しており、投薬等の疾患特異的治療を必要とせず、経過観察等一定の通院管理下で著しい制限を受けることなく就労等を含む日常生活を営むことが可能な状態の場合にあつては事業の対象外となります。

※以上の事項が守られていないときは、審査が不可となるため、申請を却下する場合があります。