







807-4. ステロイドホルモン産生異常症（精巣機能低下症）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)
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			婚姻 状態	1.婚姻(年) 2.未婚 3.離婚(婚姻 年)		
	血族内発症: 1.あり 2.なし 3.不明						
診 断		外陰部所見 思春期 進行度			検 査 所 見		
診断名		I  陰茎1度 精巣1度(豆粒大) 陰毛1度(なし)			*血中LH値(mU/mℓ) 1.高値 2.正常 3.低値 *血中FSH値(mU/mℓ) 1.高値 2.正常 3.低値 *血中テストステロン値(ng/mℓ) 1.高値 2.正常 3.低値 *LH-RH試験(LH-RH μg) 1.静注 2.筋注 3.皮下注 LH FSH 前値 30分 60分 120分 (判定 1.低反応 2.正常 3.高反応) 骨年齢 歳相当 *染色体検査 1.異常() 2.異常なし *HCG試験(HCG 単位 日間) 血中テストステロン値 前値 1日後 2日後 3日後 クロミフェン試験(mg 日間) 前値 日後 日後 日後 日後 精液検査 精子量 mℓ 精子数 /mℓ 運動精子 % 精巣生検所見		
(精巣原発性 続発性:特発性 器質性)		II  陰茎2度 精巣2度(ビー玉大) 陰毛1度(なし)					
臨 床 症 状		III  陰茎3度 精巣3度(ウズラ卵大) 陰毛2度(陰茎附着部のみ)					
1.身長 cm 体重 kg 腕翼 cm BHI		IV  陰茎4度 精巣4度(ⅢとⅤの間) 陰毛3度 (恥骨結合より上に及ぶ)					
2.知能低下 1.あり 2.なし		V  陰茎5度(成人並) 精巣5度(成人並) 陰毛4度(成人女性並)					
*3.嗅覚脱失 または低下 1.あり 2.なし		VI  陰茎5度(成人並) 精巣5度(成人並) 陰毛5度(成人男性並)					
4.筋力低下 1.あり 2.なし		既往歴					
5.多指(趾)症 1.あり 2.なし		手術:					
6.網膜色素変性 1.あり 2.なし		*今後の治療(特に薬物治療に関して記入してください)			診断根拠(特に非典型的な場合は必ず記入してください)		
*7.女性化乳房 1.あり 2.なし							
*8.ひげの発育 1.あり 2.なし							
*9.腋毛の発育 1.あり 2.なし							
*10.声変わり 1.あり 2.なし							
*11.精巣 1.あり 2.なし 1.両側とも陰嚢内に触れる 2.停留精巣の状態である (精巣の触れる位置) 3.まったく触れない							
*12.陰茎発育不全 1.あり 2.なし							
*13.陰毛発育不全 1.あり 2.なし							
*14.陰嚢発育不全 1.あり 2.なし							
15.尿道下裂 1.あり 2.なし							
16.libidoの低下 1.あり 2.なし							
*17.勃起 1.あり 2.なし 早朝勃起 1.あり 2.なし							
*18.射精 1.あり 2.なし							
19.性交・オナニーの回数 (日に 回)							
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			

※1 *の項目は必ず記載して下さい。

※2 続発性でゴナドトロピン分泌不全によるものは指定難病の「下垂体前葉機能低下症」で申請してください。

※3 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、多嚢胞性卵巣症候群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。

(平成三十年一月改正)

807-4. ステロイドホルモン産生異常症(精巣機能低下症)の認定基準

通常、男性ホルモンの欠乏と同様に解釈される。

多くの場合、造精機能の低下をも伴う。

睾丸自身の病変による「原発性機能低下症」と視床下部や下垂体の疾患、エストロゲン過剰、全身衰弱などに続発する「続発性機能低下症」とがある。

原発性機能低下症には更に先天性と後天性とに分類する。

- I 先天性の機能低下症には
 - ア 特発性発育不全
 - イ 染色体異常 (klinefelter 症候群)
 - ウ 停留睾丸などによる睾丸機能低下症を含む。
- II 後天性の機能低下症には
 - ア 炎症
 - イ 外傷
 - ウ 放射線照射
 - エ 腫瘍
 - オ 去勢などによる睾丸機能低下症を含む。

1 症 状

- (1) 思春期前
 - ア 二次性徴の発現欠如
 - イ 骨端線の閉鎖遅延
 - ウ 指極が身長より大
 - エ 女性的性格
- (2) 思春期後
 - ア ひげの減少
 - イ 腋毛や恥毛の脱落
 - ウ 皮膚の平滑化
 - エ 性欲減退、インポテンツ
 - オ 睾丸、前立腺の縮小、萎縮
 - カ 女性化乳房

2 その他の所見

- (1) 血中ゴナドトロピンは高値又は低値
- (2) 血中テストステロン減少
- (3) 精子の減少
- (4) Leydig 細胞の萎縮

3 認定の基準

上記1及び2の所見から精巣機能低下症と診断され、投薬等の疾患特異的治療を必要とするもの

4 治 療

テストストロンの投与

○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。