**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）**

（平成三十年一月改正）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 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陰茎１度精巣１度（豆粒大）陰毛１度（なし）陰茎２度精巣２度（ビー玉大）陰毛１度（なし）陰茎３度精巣３度（ウズラ卵大）陰毛２度（陰茎付着部のみ）陰茎４度精巣４度（ⅢとⅤの中間）陰毛３度（恥骨結合より上に及ぶ）陰茎５度（成人並）精巣５度（成人並）陰毛４度（成人女性並）陰茎５度（成人並）精巣５度（成人並）陰毛５度（成人男性並） | 検　査　所　見 |
| 診断名（精巣原発性　続発性：特発性　器質性） | ＊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　　　㎍）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）血中テシトステロン値前値１日後２日後３日後クロミフェン試験（　　　㎎　　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 |
| 臨　床　症　状 |
| １．身長　　　cm　体重　　　kg 腕翼　　　cm　BHI２．知能低下 1. あり　2. なし＊３． 1. あり　2. なし４．筋力低下 1. あり　2. なし５．多指(趾)症 1. あり　2. なし６．網膜色素変性 1. あり　2. なし＊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） |
| 既　往　歴 |
| 手術： |
| ＊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） |
| 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。

**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）血中ゴナドド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っ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っ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。