

072-2 下垂体性 ADH 分泌異常症
(バゾプレシン分泌過剰症)

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

理学所見			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg
脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/分	体温	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 度
拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
飲水量・尿量			
飲水量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L	尿量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L
主要臨床症状 (治療前)			
検査日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
脱水の所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
他の臨床症状	<input type="checkbox"/> 1. 倦怠感 <input type="checkbox"/> 2. 食欲低下 <input type="checkbox"/> 3. 意識レベルの低下 <input type="checkbox"/> 4. 嘔気 嘔吐 <input type="checkbox"/> 5. その他		

臨床所見			
筋肉痙攣	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. 四肢筋のこわばり	<input type="checkbox"/> 3. 筋繊維痙攣 <input type="checkbox"/> 4. 全身痙攣
意識障害 (JCS)	<input type="checkbox"/> 1. I	<input type="checkbox"/> 2. II	<input type="checkbox"/> 3. III
	頭痛	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
合併症			
<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 浸透圧性脱髄症候群		<input type="checkbox"/> 2. その他

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

検査所見 (治療前)			
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
血清ナトリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L	血清クロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
血清クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	血清カリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
血清カルシウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L	血清尿酸	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
早朝空腹時の血清コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL	血漿レニン活性	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL/h
血漿バゾプレシン値	測定感度以上	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
尿量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/日	尿浸透圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mOsm/kg
尿中ナトリウム濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L		
血漿浸透圧	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mOsm/kg	
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mOsm/kg	
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mOsm/kg	
血漿 ADH 濃度	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL	
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL	
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL	

画像所見 (治療前)	
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
頭部 MRI	<input type="checkbox"/> 1. 所見あり <input type="checkbox"/> 2. 所見なし <input type="checkbox"/> 3. 未施行
	所見
頭部 CT	<input type="checkbox"/> 1. 所見あり <input type="checkbox"/> 2. 所見なし <input type="checkbox"/> 3. 未施行
	所見
胸部 CT	<input type="checkbox"/> 1. 所見あり <input type="checkbox"/> 2. 所見なし <input type="checkbox"/> 3. 未施行
	所見

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には <input checked="" type="checkbox"/> を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
細胞外液量の過剰な 低ナトリウム血症	<input type="checkbox"/> 1. 心不全 <input type="checkbox"/> 2. 肝硬変の腹水貯留時 <input type="checkbox"/> 3. ネフローゼ症候群
ナトリウム漏出が 著明な低ナトリウム血症	<input type="checkbox"/> 1. 腎性ナトリウム喪失 <input type="checkbox"/> 2. 下痢 <input type="checkbox"/> 3. 嘔吐
異所性 ADH 産生腫瘍	<input type="checkbox"/> 1. 鑑別できる <input type="checkbox"/> 2. 鑑別できない

<診断のカテゴリー>

Definite: (1) 主症状を満たし、かつ (2) 検査所見①から⑦の 全項目を満たすもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
(1) 主症状: Aの脱水の所見を認めない	
(2) 検査所見	
<input type="checkbox"/> ① 低ナトリウム血症: 血清ナトリウム濃度が 135mEq/L を下回る <input type="checkbox"/> ② 血漿バゾプレシン値: 血清ナトリウム濃度が 135mEq/L 未満で、血漿バゾプレシン値が測定感度以上である <input type="checkbox"/> ③ 低浸透圧血症: 血漿浸透圧が 280mOsm/kg を下回る <input type="checkbox"/> ④ 高張尿: 尿浸透圧が 300mOsm/kg を上回る <input type="checkbox"/> ⑤ ナトリウム利尿の持続: 尿中ナトリウム濃度が 20mEq/L 以上 <input type="checkbox"/> ⑥ 腎機能正常: 血清クレアチニンが 1.2mg/dL 以下 <input type="checkbox"/> ⑦ 副腎皮質機能正常: 早朝空腹時の血清コルチゾールが 6μg/dL 以上	

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

--

■ 発症と経過

原疾患	
原疾患の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
中枢神経疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	疾患名
内分泌疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	疾患名
肺疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	疾患名
薬剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	薬剤名
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	疾患名

■ 治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
現在の治療		
水制限	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/日	
V2R 拮抗薬	投与量	
	期間	
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	内容	

■ 重症度分類に関する事項 最も重症度の高い項目を疾患の重症度とする

項目	軽症	中等症	重症
血清ナトリウム濃度	<input type="checkbox"/> 125~134mEq/L	<input type="checkbox"/> 115~124mEq/L	<input type="checkbox"/> 114mEq/L 以下
意識障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> JCS I-1~3	<input type="checkbox"/> JCS II~III
筋肉痙攣	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 四肢筋のこわばり~筋繊維痙攣	<input type="checkbox"/> 全身痙攣
全身状態	<input type="checkbox"/> 異常なし~倦怠感、食欲低下	<input type="checkbox"/> 頭痛~悪心	<input type="checkbox"/> 高度の倦怠感、頭痛、嘔吐など

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり	
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器	
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行	

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限ります。)
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。