

072-1 下垂体性ADH分泌異常症
(中枢性尿崩症)

■ 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	<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		
臨床症状 （複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1. 多尿 <input type="checkbox"/> 2. 口渇 <input type="checkbox"/> 3. 多飲 <input type="checkbox"/> 4. 喝感障害 <input type="checkbox"/> 5. その他		
皮膚症状	皮膚・粘膜乾燥	<input type="checkbox"/> 1. 高度 <input type="checkbox"/> 2. 軽度 <input type="checkbox"/> 3. 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. 水腎症 <input type="checkbox"/> 2. 巨大膀胱 <input type="checkbox"/> 3. 浸透圧性脱髄症候群 <input type="checkbox"/> 4. 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"/> mg/dL	血清尿酸	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
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	尿量	<input type="text"/> <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			
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		

中枢性尿崩症診断のための負荷試験（治療前）（新規）			
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
高張食塩水負荷試験	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	結果	血清ナトリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
		血漿バゾプレシン濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
水制限試験	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	結果	尿浸透圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mOsm/kg
バゾプレシン負荷試験	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	結果	尿量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L
		尿浸透圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mOsm/kg

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☑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
<input type="checkbox"/> 1. 高カルシウム血症	<input type="checkbox"/> 2. 心因性多飲症	<input type="checkbox"/> 3. 腎性尿崩症	

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> 完全型中枢性尿崩症：下記①～④、⑥を満たす
<input type="checkbox"/> 部分型中枢性尿崩症：下記①、②、⑤、⑥を満たす
<input type="checkbox"/> 上記に該当しない
<input type="checkbox"/> ① A-1～3 (1. 多尿 2. 口渇 3. 多飲) を満たす
<input type="checkbox"/> ② B. の尿量1日3,000mL以上、尿浸透圧300mOsm/kg以下
<input type="checkbox"/> ③ 水制限試験における尿浸透圧300mOsm/kgを超えない
<input type="checkbox"/> ④ 5%高張食塩水負荷試験時に※以下のi) -iv) を満たす
<input type="checkbox"/> ⑤ 5%高張食塩水負荷試験時に※以下のi) -iv) の1項目を満たす
<input type="checkbox"/> ⑥ バゾプレシン負荷試験で尿量は減少し、尿浸透圧は300mOsm/kg以上に上昇する

※5%高張食塩水負荷試験 (0.05mL/kg/min で120分間点滴投与) における血清ナトリウム濃度と血漿バゾプレシン濃度			
<input type="checkbox"/> i) 144mEq/L で1.5pg/mL以下	<input type="checkbox"/> ii) 146mEq/L で2.5pg/mL以下		
<input type="checkbox"/> iii) 148mEq/L で4pg/mL以下	<input type="checkbox"/> iv) 150mEq/L以上で6pg/mL以下		

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
特発性	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	家族性 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
続発性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	原疾患の疾患名		
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		

■ 治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
現在の治療 (中枢性尿崩症)	デスマプレシン 点鼻薬	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/日
	デスマプレシン スプレー	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/日
	ミニリンメルト	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/日
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

	軽症	中等症	重症
尿量	<input type="checkbox"/> 3000~6000mL/日	<input type="checkbox"/> 6000~9000mL/日	<input type="checkbox"/> 9000mL/日以上
尿浸透圧	<input type="checkbox"/> 251mOsm/L 以上	<input type="checkbox"/> 151~250mOsm/L	<input type="checkbox"/> 150mOsm/L 以下

血漿 ADH 濃度	<input type="checkbox"/> 1. 0pg/mL 以上 (5%高張食塩水 負荷試験後の最大反応値)	<input type="checkbox"/> 0.5~0.9pg/mL	<input type="checkbox"/> 0.4pg/mL 以下
血清ナトリウム 濃度	<input type="checkbox"/> 146mEq/L 以下	<input type="checkbox"/> 147~152mEq/L	<input type="checkbox"/> 153mEq/L 以上
皮膚・粘膜乾燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度の乾燥	<input type="checkbox"/> 高度の乾燥 (飲水が 十分に出来ない場合)

■ 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です。)
- ・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。