

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"/>	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"/>							
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 <input type="text"/> <input type="text"/>	*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"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<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
診断年月日	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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。