

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
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。