臨 床 調 査 個 人 票

□ 新規 □ 更新

075　クッシング病

■ **患者情報**

保険情報	保険者番号		被保険者記号		
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番		
	資格取得 年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		＊以降、数字は 右詰めで記入	
氏名	セイ		メイ		
	姓		名		
以前の登録氏名	セイ		メイ		
	姓		名		
住所	郵便番号	□□□ － □□□□			
	都道府県				
	市区町村				
	丁目番地等				
生年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日				
性別	□ 男性　□ 女性				
出生地	都道府県				
	市区町村				

■ **基本情報**

家族歴	☐ 1. あり　☐ 2. なし　☐ 3. 不明
	発症者続柄
	☐ 1. 父　☐ 2. 母　☐ 3. 子　☐ 4. 同胞（男性） ☐ 5. 同胞（女性）　☐ 6. 祖父（父方）　☐ 7. 祖母（父方） ☐ 8. 祖父（母方）　☐ 9. 祖母（母方）　☐ 10. いとこ ☐ 11. その他　＊11 を選択の場合、以下に記入
	続柄
発症時期	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月
社会保障	
介護認定	☐ 1. 要介護　☐ 2. 要支援　☐ 3. なし
要介護度	☐ 1　☐ 2　☐ 3　☐ 4　☐ 5
生活状況	
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない　☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない　☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない　☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない
痛み／不快感	☐ 1. ない　☐ 2. 中程度ある　☐ 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない　☐ 2. 中程度 ☐ 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる
手帳取得状況	
身体障害者手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級）
療育手帳	☐ 1. なし　☐ 2. あり
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級）
人工呼吸器等装着者認定基準に該当	
☐ 1. する　☐ 2. しない　☐ 3. 不明	

■　診断基準に関する事項

＜診断のカテゴリー＞

☐ Definite1：Aの①の１項目以上を満たし、Aの②の１項目以上を満たし、Bの全てを満たし、Cの全てを満たし、Dの①、②、③の全てを満たすもの。
☐ Definite2：Aの①の１項目以上を満たし、Aの②の１項目以上を満たし、Bの全てを満たし、Cの全てを満たし、Dの①、②、④の全てを満たすもの。
☐ Possible：Aの①、②の中から１項目以上を満たし、Bの全てを満たし、Cの全てを満たすもの。
☐ いずれにも該当しない

A．主症候

①特異的症候				
☐ 満月様顔貌	☐ 中心性肥満又は水牛様脂肪沈着			
☐ 皮膚の伸展性赤紫色皮膚線条（幅 1cm 以上）	☐ 皮膚の菲薄化及び皮下溢血			
☐ 近位筋萎縮による筋力低下	☐ 小児における肥満を伴った成長遅延			
②非特異的症候				
☐ 高血圧	☐ 月経異常	☐ 座瘡(にきび)	☐ 多毛	☐ 浮腫
☐ 耐糖能異常	☐ 骨粗鬆症	☐ 色素沈着	☐ 精神障害	

B．検査所見　＊小数点も１文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

①血中 ACTH とコルチゾール（同時測定）が高値～正常を示す		☐ 1. 該当　☐ 2. 非該当
②尿中遊離コルチゾールが高値を示す		☐ 1. 該当　☐ 2. 非該当
尿中遊離コルチゾール	測定値	□□□□□ μg/日
	基準値（上限値）	□□□□□ μg/日

C．スクリーニング検査

①一晩少量デキサメタゾン抑制試験（0.5 mg）	☐ 1. 血中コルチゾール値が抑制される	☐ 2. 抑制されない
	負荷前コルチゾール	□□□□□ μg/dL
	負荷後コルチゾール	□□□□□ μg/dL
②深夜睡眠時コルチゾール	血中コルチゾール値が 5 μg/dl 以上を示す	☐ 1. 該当　☐ 2. 非該当
	□□□□□ μg/dL	

D．確定診断検査

①CRH 試験:血中 ACTH	□ 1) 前値の 1.5 倍以上に増加　□ 2) 1.5 倍未満　□ 3)未実施	
	前値	□□□□□ pg/mL
	頂値	□□□□□ pg/mL
②一晩大量デキサメタゾン抑制試験（8 mg）	□ 1. 血中コルチゾール値が前値の半分以下に抑制される　□ 2. 抑制されない	
	負荷前コルチゾール	□□□□□ μg/dL
	負荷後コルチゾール	□□□□□ μg/dL
③画像所見（MRI）	検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
	下垂体腫瘍の有無	□ 1. あり　□ 2. なし
	所見	

④選択的下錐体静脈洞血サンプリング				
検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
血中 ACTH（基礎値）	中枢	□□□□□ pg/mL	末梢	□□□□□ pg/mL
	c/p 比が 2 以上		□ 1. 該当　□ 2. 非該当	
血中 ACTH（CRH 負荷後）	中枢	□□□□□ pg/mL	末梢	□□□□□ pg/mL
	c/p 比が 3 以上		□ 1. 該当　□ 2. 非該当	

■ **重症度分類に関する事項**

☐ 1.軽症　　重症以外 ☐ 2.重症　血中 ACTH とコルチゾール（同時測定）のいずれかが高値で、かつ主症状の中から１つ以上を満たすもの				
主症候				
☐ 満月様顔貌　☐ 中心性肥満又は水牛様脂肪沈着 ☐ 皮膚の伸展性赤紫色皮膚線条（幅 1cm 以上）　☐ 皮膚の菲薄化及び皮下溢血 ☐ 近位筋萎縮による筋力低下　☐ 小児における肥満を伴った成長遅延 ☐ 高血圧　☐ 月経異常　☐ 座瘡(にきび)　☐ 多毛　☐ 浮腫 ☐ 耐糖能異常　☐ 骨粗鬆症　☐ 色素沈着　☐ 精神障害				
血中 ACTH				
基礎値	□□□□□ pg/mL	基準値（上限）	□□□□□ pg/mL	
血中コルチゾール濃度単位				
基礎値	□□□□□ μg/mL	基準値（上限）	□□□□□ μg/mL	

■ **症状の概要、経過、特記すべき事項など　＊500 文字以内**

■ その他の事項

主要所見

理学所見（治療前）（新規）					
脈拍		回/分	体温		度
収縮期血圧		mmHg	拡張期血圧		mmHg
身長・体重等					
発病前最大	身長	cm	体重		kg
確診時	身長	cm	体重		kg
現在	身長	cm	体重		kg

主症状（治療前）（新規）			
診断日	西暦 年 月 日		
特異的症候	1. 満月様顔貌	□ 1. あり	□ 2. なし
	2. 中心性肥満又は水牛様脂肪沈着	□ 1. あり	□ 2. なし
	3. 皮膚線条（幅 1 cm 以上）	□ 1. あり	□ 2. なし
	4. 皮膚菲薄化及び皮下溢血	□ 1. あり	□ 2. なし
	5. 近位筋萎縮による筋力低下	□ 1. あり	□ 2. なし
	6. 小児における肥満を伴った成長の遅延	□ 1. あり	□ 2. なし
非特異的症候	7. 高血圧	□ 1. あり	□ 2. なし
	8. 月経異常（女性のみ）	□ 1. あり	□ 2. なし
	9. 座瘡（にきび）	□ 1. あり	□ 2. なし
	10. 多毛	□ 1. あり	□ 2. なし
	11. 浮腫	□ 1. あり	□ 2. なし
	12. 耐糖能異常	□ 1. あり	□ 2. なし
	13. 骨粗鬆症	□ 1. あり	□ 2. なし
	14. 色素沈着	□ 1. あり	□ 2. なし
	15. 精神障害	□ 1. あり	□ 2. なし

合併症			
合併症の有無	□ 1. あり　□ 2. なし	糖尿病	□ 1. あり　□ 2. なし
狭心症	□ 1. あり　□ 2. なし	心筋梗塞	□ 1. あり　□ 2. なし
脳梗塞	□ 1. あり　□ 2. なし	脳出血	□ 1. あり　□ 2. なし
高脂血症	□ 1. あり　□ 2. なし	肝障害	□ 1. あり　□ 2. なし
腎障害	□ 1. あり　□ 2. なし	運動障害	□ 1. あり　□ 2. なし
多発性内分泌腫瘍症Ⅰ型	□ 1. あり　□ 2. なし	成長遅延	□ 1. あり　□ 2. なし
Nelson 症候群	□ 1. あり　□ 2. なし		
その他の合併症	□ 1. あり　□ 2. なし		
	合併症		

検査所見

検査所見（治療前）（新規）		
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日	
朝血中コルチゾール	測定値	□□□□□ μg/dL
	基準値（自）	□□□□□ μg/dL
	基準値（至）	□□□□□ μg/dL
深夜睡眠時コルチゾール	測定値	□□□□□ μg/dL
	基準値（自）	□□□□□ μg/dL
	基準値（至）	□□□□□ μg/dL
深夜唾液中コルチゾール	測定値	□□□□□ μg/dL
	基準値（自）	□□□□□ μg/dL
	基準値（至）	□□□□□ μg/dL

血中 ACTH	測定値	□□□□□ pg/mL
	基準値（自）	□□□□□ pg/mL
	基準値（至）	□□□□□ pg/mL
尿中遊離コルチゾール	測定値	□□□□□ μg/日
	基準値（自）	□□□□□ μg/日
	基準値（至）	□□□□□ μg/日
負荷試験（治療前）		
デキサメタゾン抑制試験 (0.5 mg)	項目	□ 1.抑制される □ 2.抑制されない
	負荷前 コルチゾール	□□□□□ μg/dL
	負荷後 コルチゾール	□□□□□ μg/dL
デキサメタゾン抑制試験 (8 mg)	項目	□ 1.抑制される □ 2.抑制されない
	負荷前 コルチゾール	□□□□□ μg/dL
	負荷後 コルチゾール	□□□□□ μg/dL
DDAVP 試験　血中 ACTH	□ 1.正常 □ 2.過剰 □ 3.無反応 □ 4.不明	
	前値	□□□□□ pg/mL
	頂値	□□□□□ pg/mL
CRH 試験　血中 ACTH	□ 1.正常 □ 2.過剰 □ 3.無反応 □ 4.不明	
	前値	□□□□□ pg/mL
	頂値	□□□□□ pg/mL
その他の検査所見（治療前）		
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日	

白血球	□□□□□□ /μL	好酸球	□□.□ %
HbA1c	□□.□ %	カリウム	□□□□ mEq/L
血中 コレステロール	□□□□ mg/dL		

ブドウ糖負荷	□□□□ g			
	血糖前値	□□□□ mg/dL		
	60 分	□□□□ mg/dL	120 分	□□□□ mg/dL
画像所見（下垂体）（治療前）				
単純 X 線	検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
	トルコ鞍拡大	□ 1. あり □ 2. なし		
	その他			
CT	検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
	下垂体腫瘍の有無	□ 1. あり □ 2. なし		
	所見			
MRI	検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
	下垂体腫瘍の有無	□ 1. あり □ 2. なし		
	所見			
画像所見（副腎）（治療前）				
CT	検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
	腫大の有無	□ 1. あり □ 2. なし		
	部位	□ 1. 両側 □ 2. 右 □ 3. 左		
MRI	検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
	腫大の有無	□ 1. あり □ 2. なし		
	部位	□ 1. 両側 □ 2. 右 □ 3. 左		
副腎シンチグラフィー	検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
	シンチグラフィーの所見	□ 1. 正常 □ 2. 異常		

その他				
（4）⑤選択的下錐体静脈洞血サンプリング				
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
ACTH 基礎値	中枢	□□□□□ pg/mL	末梢	□□□□□ pg/mL
	c/p 比			
CRH 負荷後	中枢	□□□□□ pg/mL	末梢	□□□□□ pg/mL
	c/p 比			
病理検査				
下垂体腺腫	□ 1. あり □ 2. なし			
	所見			
	ACTH 免疫染色	□ 1. 陽性 □ 2. 陰性		
副腎	□ 1. 正常 □ 2. 腫瘍 □ 3. 結節 □ 4. 過形成			

発症と経過

現在の活動状況	□ 1. 正常人と同じ □ 2. やや制限 □ 3. 中等度制限 □ 4. 高度制限
発病後年月	□□□ 年 □□ か月

治療その他

下垂体手術	□ 1. 実施 □ 2. 未実施	
	種類	□ 1. 経蝶形骨洞 □ 2. 開頭
	手術年月	西暦 □□□□ 年 □□ 月
下垂体照射	□ 1. 実施	□ 2. 未実施
	実施日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
その他の治療	□ 1. 実施 □ 2. 未実施	

	実施年月	西暦 □□□□ 年 □□ 月
	内容	
治療効果	□ 1. 改善　□ 2. 不変　□ 3. 悪化　□ 4. 不明	
	治療経過及び治療効果の内容	

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	☐ 1. あり	
開始時期	西暦 □□□□ 年 □□ 月	
離脱の見込み	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
種類	☐ 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 ☐ 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器	
施行状況	☐ 1. 間欠的施行　☐ 2. 夜間に継続的に施行 ☐ 3. 一日中施行　☐ 4. 現在は未施行	
生活状況	食事	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立　☐ 軽度介助 ☐ 部分介助　☐ 全介助
	整容	☐ 自立　☐ 部分介助/不可能
	トイレ動作	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助
	入浴	☐ 自立　☐ 部分介助/不可能
	歩行	☐ 自立　☐ 軽度介助 ☐ 部分介助　☐ 全介助
	階段昇降	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 不能
	着替え	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助
	排便コントロール	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助
	排尿コントロール	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助

医療機関名	
指定医番号	□□□□□□□□□□
医療機関所在地	
電話番号	□□□□□□□□□□□ ＊ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	
記載年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
診断年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 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。
・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。

■ **行政記載欄**

<table>
<tr><td>担当自治体</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>受理日</td><td colspan="4">西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日</td></tr>
<tr><td>公費負担者番号</td><td colspan="4">□□□□□□□□</td></tr>
<tr><td>認定結果</td><td colspan="4">□ 認定　□ 不認定</td></tr>
<tr><td>研究同意の有無</td><td colspan="4">□ 有　□ 無</td></tr>
<tr><td>受給者番号</td><td colspan="4">□□□□□□□</td></tr>
<tr><td>有効期限</td><td colspan="4">西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日</td></tr>
<tr><td>階層区分</td><td colspan="4">□ 生活保護　□ 低所得Ⅰ　□ 低所得Ⅱ　□ 一般所得Ⅰ
□ 一般所得Ⅱ　□ 上位所得　□ その他</td></tr>
<tr><td>軽症者登録</td><td colspan="4">□ 有　□ 無</td></tr>
<tr><td rowspan="3">保険情報</td><td>保険者番号</td><td></td><td>被保険者記号</td><td></td></tr>
<tr><td>被保険者番号</td><td></td><td>被保険者
個人単位枝番</td><td></td></tr>
<tr><td>資格取得
年月日</td><td colspan="3">西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日</td></tr>
</table>