

235 副甲状腺機能低下症

■ 基本情報

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)		
姓(かな)	名(かな)		
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
生年月日	西暦	年 月 日	性別 1.男 2.女
出生市区町村			
出生時氏名 (変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	
	姓(かな)	名(かな)	
家族歴			
近親者の発症者の有無	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( )		
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:		
発病時の状況			
発症年月	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.いづらか問題がある 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.いづらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 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		

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

--

A. 症状

1. 口周囲や手足などのしびれ、錯感覚	1.あり 2.なし 3.不明
2. テタニー	1.あり 2.なし 3.不明
3. 全身痙攣	1.あり 2.なし 3.不明

B. 検査所見

1. 低カルシウム血症、正または高リン血症	1.該当 2.非該当 3.不明
2. eGFR 30 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> 以上	1.該当 2.非該当 3.不明
3. Intact PTH 30 pg/mL未満	1.該当 2.非該当 3.不明

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。	1. 全て除外可 2. 除外不可 3. 不明
<input type="checkbox"/> 二次性副甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 頸部手術後 <input type="checkbox"/> 放射線照射後 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍の浸潤 <input type="checkbox"/> 肉芽腫性疾患 <input type="checkbox"/> ヘモクロマトーシス <input type="checkbox"/> ウィルソン病 <input type="checkbox"/> 母体の原発性副甲状腺機能亢進症(新生児・一過性) <input type="checkbox"/> マグネシウム補充により治癒する	

<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)

<input type="checkbox"/> Definite : A. 症状のうち1項目以上+B. 検査所見のうち3項目を満たすもの
<input type="checkbox"/> Probable : B. 検査所見のうち3項目を満たすもの
<input type="checkbox"/> Possible : B. 検査所見のうち1. と3. を満たすもの

■ 検査所見 (該当する項目に☑を記入する)

測定日	年 月 日	測定日の状況	<input type="checkbox"/> 1. 治療中	<input type="checkbox"/> 2. 治療中ではない
血中アルブミン	g/dL	血中カルシウム	mg/dL	
血中リン	mg/dL	血中マグネシウム	mg/dL	
血中クレアチニン	mg/dL			
<input type="checkbox"/> intact PTH または <input type="checkbox"/> whole PTH	pg/mL			
尿中カルシウム濃度	mg/dL	<input type="checkbox"/> 1. 蓄尿での検査	<input type="checkbox"/> 2. 随時尿での検査	
尿中リン濃度	mg/dL	<input type="checkbox"/> 1. 蓄尿での検査	<input type="checkbox"/> 2. 随時尿での検査	
尿中マグネシウム濃度	mg/dL	<input type="checkbox"/> 1. 蓄尿での検査	<input type="checkbox"/> 2. 随時尿での検査	
尿中クレアチニン濃度	mg/dL	<input type="checkbox"/> 1. 蓄尿での検査	<input type="checkbox"/> 2. 随時尿での検査	
身長	cm	体重	kg	

■ 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	1. 実施 2. 未実施
変異遺伝子の詳細 ( )	

■ 治療その他

治療	1. あり 2. なし 3. 不明
治療内容 ( )	

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

<input type="checkbox"/> 軽症	生化学異常を認めるものの、感覚異常やテタニーなどの症候を認めず、日常生活に支障がない。
<input type="checkbox"/> 中等症	低カルシウム血症を認め、しびれなどの感覚異常を認め、日常生活に支障がある。
<input type="checkbox"/> 重症	低カルシウム血症を認め、テタニーや痙攣などにより、日常生活に著しい支障がある。

■ 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.気管切開口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	<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
医療機関所在地	電話番号 ( )
医師の氏名	印 記載年月日:平成 年 月 日 ※自筆または押印のこと

- ・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ヵ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27年5月13日健発0513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。