

083 アジソン病

■ 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

診断（新規）

<input type="checkbox"/> 1. 自己免疫性副腎炎 <input type="checkbox"/> 2. 結核性 <input type="checkbox"/> 3. 感染症 <input type="checkbox"/> 4. その他	
結核性疾患	
肺結核	<input type="checkbox"/> 1. 合併症 <input type="checkbox"/> 2. 既往症 <input type="checkbox"/> 3. なし
胸膜炎	<input type="checkbox"/> 1. 合併症 <input type="checkbox"/> 2. 既往症 <input type="checkbox"/> 3. なし
腹膜炎	<input type="checkbox"/> 1. 合併症 <input type="checkbox"/> 2. 既往症 <input type="checkbox"/> 3. なし
骨・関節炎	<input type="checkbox"/> 1. 合併症 <input type="checkbox"/> 2. 既往症 <input type="checkbox"/> 3. なし
頸部リンパ腺炎	<input type="checkbox"/> 1. 合併症 <input type="checkbox"/> 2. 既往症 <input type="checkbox"/> 3. なし
皮膚結膜	<input type="checkbox"/> 1. 合併症 <input type="checkbox"/> 2. 既往症 <input type="checkbox"/> 3. なし
結核性痔瘻	<input type="checkbox"/> 1. 合併症 <input type="checkbox"/> 2. 既往症 <input type="checkbox"/> 3. なし
腎結核	<input type="checkbox"/> 1. 合併症 <input type="checkbox"/> 2. 既往症 <input type="checkbox"/> 3. なし

副睾丸炎	<input type="checkbox"/> 1. 合併症	<input type="checkbox"/> 2. 既往症	<input type="checkbox"/> 3. なし
眼結膜	<input type="checkbox"/> 1. 合併症	<input type="checkbox"/> 2. 既往症	<input type="checkbox"/> 3. なし

A. 症状

理学所見			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<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
主症状			
診断日	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		
自覚症状	<input type="checkbox"/> 1. 色素沈着 <input type="checkbox"/> 2. 易疲労、脱力感 <input type="checkbox"/> 3. 体重減少 <input type="checkbox"/> 4. 消化器症状（食欲不振、悪心・嘔吐、下痢、腹痛） <input type="checkbox"/> 5. 精神症状（無気力、無関心、不安感） <input type="checkbox"/> 6. 急性副腎皮質不全症状 （全身倦怠感、頭痛、悪心・嘔吐、発熱、意識障害、呼吸困難、ショック） <input type="checkbox"/> 7. その他		
色素沈着	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	甲状腺腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
二次性徴障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	ステロイド補充	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
甲状腺機能			
性腺機能			
その他			

合併症	
合併症の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
多腺性自己免疫症候群	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	疾患名 <input type="checkbox"/> 1. 慢性甲状腺炎 <input type="checkbox"/> 2. バセドウ病 <input type="checkbox"/> 3. 皮膚カンジダ症 <input type="checkbox"/> 4. 性腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 5. その他
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="checkbox"/> 1. 機能亢進症 <input type="checkbox"/> 2. 機能低下症 <input type="checkbox"/> 3. 橋本甲状腺炎 <input type="checkbox"/> 4. 単純性甲状腺腫
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			
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		
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L	リンパ球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L
好中球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	好酸球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L
ナトリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
カリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
空腹時血糖	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
AST	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
ALT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
γ -GTP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
BUN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
HbA1c (NGSP)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		

画像所見												
X線	検査年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
	石灰化所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし										
骨密度	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/cm ²						
内分泌検査												
血漿 ACTH	基礎値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL					
	基準値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL					
血漿 コルチゾール	基礎値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL	基準値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	迅速 ACTH 負荷後	頂値		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL				
尿中遊離 コルチゾール	基礎値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/日					
	基準値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/日					
血漿アルド ステロン濃度	基礎値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL					
	基準値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL					
血漿レニン 活性	基礎値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL/hr						
	基準値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL/hr						
血中 DHEA-S	基礎値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL	基準値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL
免疫学的検査												
抗副腎抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検査											
抗甲状腺抗体	サイログロブリン抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検査										
	ミクロゾール抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検査										
	抗 TPO 抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検査										
その他 自己抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検査											
	自己抗体名											

合併症			
<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常症
<input type="checkbox"/> 骨量低下	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症		

C. 鑑別診断（新規）

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. SF-1 異常症	<input type="checkbox"/> 2. ACTH 不応症（コルチゾール低値, アルドステロン正常）		
<input type="checkbox"/> 3. 先天性リポイド過形成症	<input type="checkbox"/> 4. 甲状腺機能亢進症		
<input type="checkbox"/> 5. ヘモクロマトーシス	<input type="checkbox"/> 6. 肝硬変症		
<input type="checkbox"/> 7. 吸収不良症候群	<input type="checkbox"/> 8. ポイツーイエガー（Peutz-Jeghers）症候群		
<input type="checkbox"/> 9. 慢性腎不全	<input type="checkbox"/> 10. 強皮症		
<input type="checkbox"/> 11. 黒色表皮症	<input type="checkbox"/> 12. レクリングハウゼン病		

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> アジソン病：血漿コルチゾール低値と血漿ACTHの高値を認め、迅速ACTH負荷試験で血漿コルチゾールの増加反応を認めない
<input type="checkbox"/> 部分的アジソン病：血漿コルチゾールが正常下限でも、ACTH負荷に対して血漿コルチゾールの反応性が欠如あるいは低下を認めるもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

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

--

■ 治療その他

副腎ステロイド補充療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施	<input type="checkbox"/> 3. 不明
ステロイドの種類			

投与量	
投与歴	約 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年
BMI	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

■ 重症度分類に関する事項

1. 「血中コルチゾールの低下を認める」： 血中コルチゾール基礎値 4μg/dL 未満	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 「負荷試験への反応性低下」：迅速 ACTH 負荷(250μg)に 対する血中コルチゾールの反応 15μg/dL 未満	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 「何らかの副腎不全症状がある」	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 特徴的な色素沈着 <input type="checkbox"/> 半年間で5%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> 低血糖症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状（悪心、嘔吐など） <input type="checkbox"/> 精神症状（無気力、嗜眠、不安など） <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 過去1年間に急性副腎皮質不全症状に伴う入院歴がある <input type="checkbox"/> その他	
4. 「ステロイドを定期的に補充している者」	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

■ 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。