

臨床調査個人票 072-1.下垂体性ADH分泌異常症(SIADH) (新規)

■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
出生市区町村	性別		
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 続柄		
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		
連絡事項			

■診断

病型	1. SIADH 2. 中枢性尿崩症
-----------	--------------------

■発症と経過

病歴の概要	
原疾患(SIADH)	
原疾患の有無	1.あり 2.なし 3.不明
中枢神経疾患	1.あり 2.なし 疾患名
内分泌疾患	1.あり 2.なし 疾患名
肺疾患	1.あり 2.なし 疾患名
薬剤	1.あり 2.なし 薬剤名
その他	1.あり 2.なし 疾患名

■臨床所見

理学所見			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	度
拡張期血圧	mmHg	収縮期血圧	mmHg
飲水量・尿量			
飲水量	L	尿量	L
主要臨床症状(SIADH) (治療前)			
検査日	西暦 年 月 日		
臨床症状	1.倦怠感 2.食欲低下 3.脱水 4.意識レベルの低下 5.嘔気、嘔吐 6.その他 その他の内容		
臨床所見			
筋肉痙攣	1.なし 2.四肢筋のこわばり 3.筋繊維痙攣 4.全身痙攣		
意識障害(JCS)	1. I 2. II 3. III	頭痛	1.あり 2.なし
合併症			
合併症の有無	1.あり 2.なし ありの場合 1.浸透圧性脱髄症候群 2.その他 その他の内容		

■検査所見

検査所見 (治療前)			
検査年月日	西暦 年 月 日	血清ナトリウム	mEq/L
血清クロール	mEq/L	血清クレアチニン	mg/dL
血清カリウム	mEq/L	血清カルシウム	mEq/L
血清尿酸	mg/dL	早朝空腹時の血清コルチゾール	μg/dL
尿量	mL/日		
尿浸透圧	mOsm/kg		
尿中ナトリウム濃度	mEq/L		
	測定値	基準値 (自)	基準値 (至)
血漿浸透圧	mOsm/kg	mOsm/kg	mOsm/kg
血漿ADH濃度	pg/mL	pg/mL	pg/mL

画像所見 (治療前)			
検査年月日	西暦 年 月 日		
頭部MRI	1. 所見あり 2. 所見なし 3. 未施行	所見	
頭部CT	1. 所見あり 2. 所見なし 3. 未施行	所見	
胸部CT	1. 所見あり 2. 所見なし 3. 未施行	所見	

鑑別診断	
細胞外液量の過剰な低ナトリウム血症	1. 心不全 2. 肝硬変の腹水貯留時 3. ネフローゼ症候群
ナトリウム漏出が著名な低ナトリウム血症	1. 腎性ナトリウム喪失 2. 下痢 3. 嘔吐
局所性ADH分泌腫瘍	1. 鑑別できる 2. 鑑別できない

重症度	
血清Na 濃度	mEq/L
意識障害	1. なし 2. JCS I-1 3. JCS I-2 4. JCS I-3 5. JCS II 6. JCS III
筋肉痙攣	1. なし 2. 四肢筋のこわばり 3. 筋繊維痙攣 4. 全身痙攣
全身状態	1. なし 2. 頭痛 3. 悪心 4. 嘔吐 5. 高度の倦怠感

治療その他			
未治療			
1. あり 2. なし			
現在の治療			
水制限	mL/日	V2R拮抗薬	投与量 期間
その他の治療			
その他の治療	1. 実施 2. 未実施	内容	

人工呼吸器 (使用者のみ詳細記入)			
使用の有無	1. あり 2. なし		
以下 有の場合 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1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 椅子とベッド間の移動1. 自立 2. 軽度の介助 3. 部分介助 4. 全介助 整容1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 トイレ動作1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 入浴1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 移動1. 自立 2. 軽度の介助 3. 部分介助 4. 全介助 階段昇降1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 更衣1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 排便コントロール1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 排尿コントロール1. 自立 2. 部分介助 3. 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

- 診断書には過去6か月間で一番悪い状態の内容を記載してください。 ※自筆または押印のこと
- ただし、診断に関わる項目については、いつの時点のものでも構いません。
- 診断基準、重症度分類については、「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。