

臨床調査個人票 072-2.下垂体性ADH分泌異常症(中枢性尿崩症)(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 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 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(中枢性尿崩症)			
原疾患の有無	1.あり 2.なし 3.不明	特発性	1.あり 2.なし
家族性	1.あり 2.なし	続発性	1.あり 2.なし 原疾患の疾患名
その他	1.あり 2.なし 内容		
■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(中枢性尿崩症)(治療前)			
検査日	西暦 年 月 日		
臨床症状	1.多尿2.口渇3.多飲 その他		
臨床症状			
皮膚症状	皮膚・粘膜乾燥1.高度 2.軽度 3.なし		
合併症			
合併症の有無	1.あり 2.なし ありの場合1.水腎症 2.巨大膀胱 3.浸透圧性脱髄症候群 4.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		
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

中枢性尿崩症診断のための負荷試験 (治療前)			
検査年月日	西暦 年 月 日		
高張食塩水負荷試験	1. 実施 2. 未実施	結果	
水制限試験	1. 実施 2. 未実施	結果	
バゾプレシン負荷試験	1. 実施 2. 未実施	結果	

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	

■鑑別診断

鑑別診断	
除外できる疾患	1. 高カルシウム血症 2. 心因性多飲症 3. 腎性尿崩症

■重症度

重症度			
尿量	mL/日	尿浸透圧	mOsm/L
血漿ADH濃度	pg/mL	血清Na濃度	mEq/L
皮膚・粘膜乾燥	1. なし 2. 軽度の乾燥 3. 高度の乾燥 (飲水が十分に出来ない場合)		

■治療その他

未治療	
	1. あり 2. なし

現在の治療(中枢性尿崩症)	
デスマプレシン点鼻薬	μg/日
デスマプレシンスプレー	μg/日
ミニリンメルト	μg/日
その他の内容	

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	記載年月日：平成 年 月 日

印

※自筆または押印のこと

- 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。
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。

Ver. 141107