

072-2 下垂体性 ADH 分泌異常症
(バソプレシン分泌過剰症)

■ 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	<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
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
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		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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								
発症時期	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								
手帳取得状況									
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級）								
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり								
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級）								
人工呼吸器等装着者認定基準に該当									
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明									

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite : Aを満たし、かつBをすべて満たし、 Cの鑑別診断を除外できる	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 主症候

脱水の所見（口腔粘膜の乾燥や皮膚ツルゴールの 低下など）を認めない	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

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 血清ナトリウム濃度は 135 mEq/L を下回る	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
	血清ナトリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
② 血漿浸透圧は 280 mOsm/kg を下回る	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
	血漿浸透圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mOsm/kg
③ 低ナトリウム血症、低浸透圧血症にもかかわらず、 血漿バソプレシン濃度が抑制されていない	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
④ 尿浸透圧は 100 mOsm/kg を上回る	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
	尿浸透圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mOsm/kg
⑤ 尿中ナトリウム濃度は 20 mEq/L 以上である	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
	尿中 ナトリウム濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
⑥ 腎機能正常	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
⑦ 副腎皮質機能正常	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	

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。	<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. 細胞外液量の過剰な低ナトリウム血症：心不全、肝硬変の腹水貯留時、ネフローゼ症候群 <input type="checkbox"/> 2. ナトリウム漏出が著明な細胞外液量の減少する低ナトリウム血症：原発性副腎皮質機能低下症、 塩類喪失性腎症、中枢性塩類喪失症候群、下痢、嘔吐、利尿剤の使用 <input type="checkbox"/> 3. 細胞外液量のほぼ正常な低ナトリウム血症：続発性副腎皮質機能低下症（下垂体前葉機能低下症） <input type="checkbox"/> 4. 異所性バソプレシン産生腫瘍			

■ 重症度分類に関する事項

- 1. 軽症：血清ナトリウム濃度 130 mEq/L 以上 135 mEq/L 未満
- 2. 中等症：血清ナトリウム濃度 125 mEq/L 以上 130 mEq/L 未満
- 3. 重症：血清ナトリウム濃度 125 mEq/L 未満

検査日	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
血清ナトリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L

■ 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

症状

主要臨床症状 (治療前)			
検査日	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		
脱水の所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
他の臨床症状	<input type="checkbox"/> 1. 倦怠感 <input type="checkbox"/> 2. 食欲低下 <input type="checkbox"/> 3. 意識レベルの低下 <input type="checkbox"/> 4. 嘔気 嘔吐 <input type="checkbox"/> 5. その他		
理学所見			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <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
収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
飲水量・尿量			
飲水量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/日	尿量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/日
臨床所見			
筋肉痙攣	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 四肢筋のこわばり <input type="checkbox"/> 3. 筋繊維痙攣 <input type="checkbox"/> 4. 全身痙攣		
意識障害 (JCS)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	頭痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
合併症			
<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 浸透圧性脱髄症候群 <input type="checkbox"/> 2. その他 *2を選択の場合、以下に記入		

検査所見 (新規)

検査所見 (治療前)			
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		
血清ナトリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L	血清クロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
血清クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	血清カリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
血清カルシウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L	血清尿酸	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL

早朝空腹時の 血清コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\mu\text{g/dL}$	血漿レニン 活性	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL/h
血漿 バソプレシン値	測定感度以上	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
尿量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/日	尿浸透圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mOsm/kg
尿中 ナトリウム濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L		
血漿浸透圧	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mOsm/kg	
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mOsm/kg	
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mOsm/kg	
血漿 ADH 濃度	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL	
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL	
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL	
画像所見 (治療前)			
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		
頭部 MRI	<input type="checkbox"/> 1. 所見あり <input type="checkbox"/> 2. 所見なし <input type="checkbox"/> 3. 未施行		
	所見		
頭部 CT	<input type="checkbox"/> 1. 所見あり <input type="checkbox"/> 2. 所見なし <input type="checkbox"/> 3. 未施行		
	所見		
胸部 CT	<input type="checkbox"/> 1. 所見あり <input type="checkbox"/> 2. 所見なし <input type="checkbox"/> 3. 未施行		
	所見		

発症と経過

原疾患	
原疾患の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
中枢神経疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	疾患名
内分泌疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	疾患名
肺疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	疾患名
薬剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	薬剤名
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	疾患名

治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
現在の治療	
水制限	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/日
トルバプタン	投与量
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	内容
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 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	<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 <input type="text"/> <input type="text"/>
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												
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
診断年月日	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。
- ・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

担当自治体												
受理日	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
公費負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定											
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
有効期限	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
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他											
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
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	<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"/>