

臨床調査個人票

☐ 新規 ☐ 更新072-1 下垂体性 ADH 分泌異常症
(中枢性尿崩症)

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定
-------	---	------	--

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号								
住所								
生年月日	西暦		年		月		日	*以降、数字は右詰めで記入
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 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	☐ 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 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
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

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

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	L	尿量	L
主要臨床症状（治療前）			
検査日	西暦 年 月 日		
臨床症状 （複数選択可）	☐ 1. 多尿 ☐ 2. 口渇 ☐ 3. 多飲 ☐ 4. 喝感障害 ☐ 5. その他		
皮膚症状	皮膚・粘膜乾燥	☐ 1. 高度 ☐ 2. 軽度 ☐ 3. なし	
合併症			
☐ 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		

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

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					mg/dL	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		
血漿浸透圧	測定値									mOsm/kg			
	基準値（自）									mOsm/kg			
	基準値（至）									mOsm/kg			
血漿 ADH 濃度	測定値									pg/mL			
	基準値（自）									pg/mL			
	基準値（至）									pg/mL			
画像所見													
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												

中枢性尿崩症診断のための負荷試験（治療前）（新規）				
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	血清ナトリウム		
		血漿バゾプレシン濃度		
水制限試験	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	結果	尿浸透圧		
バゾプレシン 負荷試験	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	結果	尿量		
		尿浸透圧		

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
☐ 1. 高カルシウム血症	☐ 2. 心因性多飲症	☐ 3. 腎性尿崩症	

<診断のカテゴリー>

☐ 完全型中枢性尿崩症：下記①～④、⑥を満たす ☐ 部分型中枢性尿崩症：下記①、②、⑤、⑥を満たす ☐ 上記に該当しない
☐ ① A-1～3（1. 多尿 2. 口渇 3. 多飲）を満たす ☐ ② B. の尿量1日3,000mL以上、尿浸透圧300mOsm/kg以下 ☐ ③ 水制限試験における尿浸透圧300mOsm/kgを超えない ☐ ④ 5%高張食塩水負荷試験時に※以下のi)～iv)を満たす ☐ ⑤ 5%高張食塩水負荷試験時に※以下のi)～iv)の1項目を満たす ☐ ⑥ バゾプレシン負荷試験で尿量は減少し、尿浸透圧は300mOsm/kg以上に上昇する

※5%高張食塩水負荷試験（0.05mL/kg/minで120分間点滴投与）における血清ナトリウム濃度と血漿バゾプレシン濃度	
☐ i) 144mEq/Lで1.5pg/mL以下	☐ ii) 146mEq/Lで2.5pg/mL以下
☐ iii) 148mEq/Lで4pg/mL以下	☐ iv) 150mEq/L以上で6pg/mL以下

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

■ 発症と経過

原疾患			
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		

■ 治療その他

治療	☐ 1. あり ☐ 2. なし					
現在の治療 (中枢性 尿崩症)	デスモプレシン 点鼻薬					μg/日
	デスモプレシン スプレー					μg/日
	ミニリンメルト					μg/日
その他の治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施					
	内容					

■ 重症度分類に関する事項 最も重症度の高い項目を疾患の重症度とする

	軽症	中等症	重症
尿量	☐ 3000～6000mL/日	☐ 6000～9000mL/日	☐ 9000mL/日以上
尿浸透圧	☐ 251mOsm/L 以上	☐ 151～250mOsm/L	☐ 150mOsm/L 以下

血漿 ADH 濃度	☐ 1. 0pg/mL 以上 (5%高張食塩水 負荷試験後の最大反応値)	☐ 0. 5～0. 9pg/mL	☐ 0. 4pg/mL 以下
血清ナトリウム 濃度	☐ 146mEq/L 以下	☐ 147～152mEq/L	☐ 153mEq/L 以上
皮膚・粘膜乾燥	☐ なし	☐ 軽度の乾燥	☐ 高度の乾燥 (飲水が 十分に出来ない場合)

■ 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. 気管切開孔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	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	整容	☐ 自立 ☐ 部分介助/不可能	
	トイレ動作	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	入浴	☐ 自立 ☐ 部分介助/不可能	
	歩行	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	階段昇降	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 不能	
	着替え	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	排便コントロール	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	排尿コントロール	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号												
	*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					年			月			日
診断年月日	西暦					年			月			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 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。