

臨床調査個人票 認定 不認定
072-1.下垂体性ADH分泌異常症
(中枢性尿崩症)(更新)

※診断書には過去6ヶ月間で一番悪い状態の内容を記載してください。
※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。
※下垂体性ADH分泌異常症(中枢性尿崩症)の臨床調査個人票は、平成29年度から
枝番が072-1に変更となりました。

■基本情報

氏名および受給者番号		受給者番号 ()	
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
住所			
郵便番号		住所	
生年月日	西暦	年 月 日	性別 1.男 2.女

■重症度分類に関する事項

※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。	
重症度分類において、中等症以上	左記の重症度を 1. 満たす 2. 満たさない (*軽症者へ)

(*軽症者) 審査の結果、「重症度を満たさない」と判定された場合は、更新申請手続きを行う月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費(10割分)が33,330円を超える月数が3か月以上あることを確認できる「自己負担上限額管理票」等の提出を行わないと、医療費助成は継続されません。

重症度分類			
以下の各項目のうち、該当するものにチェック☑			
重症度	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
尿量	<input type="checkbox"/> 3000~6000mL/日	<input type="checkbox"/> 6000~9000mL/日	<input type="checkbox"/> 9000mL/日以上
尿浸透圧	<input type="checkbox"/> 251mOsm/L以上	<input type="checkbox"/> 151~250mOsm/L	<input type="checkbox"/> 150mOsm/L以下
血漿ADH濃度	<input type="checkbox"/> 1.0pg/mL以上 <small>(5%高張食塩水負荷試験後の最大反応値)</small>	<input type="checkbox"/> 0.5~0.9pg/mL以上	<input type="checkbox"/> 0.4pg/mL以下
血清ナトリウム濃度	<input type="checkbox"/> 146mEq/L以下	<input type="checkbox"/> 147~152mEq/L	<input type="checkbox"/> 153mEq/L以上
皮膚・粘膜乾燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度の乾燥	<input type="checkbox"/> 高度の乾燥 (飲水が十分に出来ない場合)

発病時の状況			
発症年月	西暦	年 月	
特記事項			

■臨床所見

理学所見			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	度
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg
飲水量・尿量			
飲水量	L/日		
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 ()		

■検査所見

検査所見	
検査年月日	西暦 年 月 日 (概ね6か月以内もしくは直近のデータ)
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
尿中ナトリウム濃度	mEq/L

■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) *本疾患により装着している者に限る													
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	<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 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>												
医療機関所在地	医師の氏名												
電話番号	_____												
記載年月日: 年 月 日													

この臨床調査個人票は、大阪府更新申請用です。「難病指定医」又は「協力難病指定医」でなければ作成できません。