

臨床調査個人票 認定 不認定
072-2. 下垂体性ADH分泌異常症
(バゾプレシン分泌過剰症 (SIADH))
(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(バゾプレシン分泌過剰症(SIADH))の臨床調査個人票は、
 平成29年度から枝番が072-2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			
以下の各項目において該当するものをチェック☑			
重症度	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
血清Na 濃度	<input type="checkbox"/> 125~134mEq/L	<input type="checkbox"/> 115~124mEq/L	<input type="checkbox"/> 114mEq/L以下
意識障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> JCS I -1~JCS I -3	<input type="checkbox"/> JCS II ~ III
筋肉痙攣	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 四肢筋のこわばり~筋繊維痙攣	<input type="checkbox"/> 全身痙攣
全身状態	<input type="checkbox"/> 異常なし~倦怠感、食欲低下	<input type="checkbox"/> 頭痛~悪心	<input type="checkbox"/> 高度の倦怠感、頭痛、嘔吐など

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月

■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		
現在の主要臨床症状 (SIADH)			
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 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

■検査所見

検査所見（概ね6か月以内もしくは直近の検査）				
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
血清カリウム				mEq/L
血清尿酸				mg/dL
血清クレアチニン				mg/dL
血清カルシウム				mEq/L
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

■治療その他

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）※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													
医療機関所在地	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													
電話番号	医師の氏名													
	<hr/>													
	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。