

臨床調査個人票 認定 不認定
075. クッシング病(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。

■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。

クッシング病の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。

クッシング病の重症度分類			
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
血清コルチゾール濃度	<input type="checkbox"/> 10µg/dL以下	<input type="checkbox"/> 10.1~20µg/dL	<input type="checkbox"/> 20.1µg/dL以上
尿中遊離コルチゾール排泄量	<input type="checkbox"/> 100µg/日以下	<input type="checkbox"/> 101~300µg/日	<input type="checkbox"/> 301µg/日以上

発病時の状況			
発症年月	西暦	年	月
特記事項			

■発症と経過

理学所見			
脈拍	回/分	体温	度
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg
身長・体重等			
現在	身長	cm	体重
			kg
現在の主症状(概ね6か月以内の状況)			
月経異常(女性のみ)	1. あり 2. なし	中心性肥満	1. あり 2. なし
満月様顔貌	1. あり 2. なし	水牛様脂肪沈着	1. あり 2. なし
皮膚線条(巾1cm以上)	1. あり 2. なし	皮下溢血	1. あり 2. なし
皮膚ひ薄化	1. あり 2. なし	色素沈着	1. あり 2. なし
成長発育の遅延	1. あり 2. なし	筋力低下	1. あり 2. なし
座瘡	1. あり 2. なし	多毛	1. あり 2. なし
浮腫	1. あり 2. なし	耐糖能低下	1. あり 2. なし
精神障害	1. あり 2. なし	骨粗鬆症	1. あり 2. なし

合併症（概ね6か月以内の状況）			
合併症の有無	1. あり 2. なし		
糖尿病	1. あり 2. なし	高血圧	1. あり 2. なし
狭心症	1. あり 2. なし	心筋梗塞	1. あり 2. なし
脳梗塞	1. あり 2. なし	脳出血	1. あり 2. なし
高脂血症	1. あり 2. なし	肝障害	1. あり 2. なし
腎障害	1. あり 2. なし	運動障害	1. あり 2. なし
多発性内分泌腫瘍症 I 型	1. あり 2. なし	成長遅延	1. あり 2. なし
Nelson症候群	1. あり 2. なし		
その他			

■治療

下垂体手術																							
下垂体手術	1. 実施 2. 未実施 種類 1. 経蝶形骨洞 2. 開頭 施設名 手術年月 西暦 年 月																						
その他の治療																							
その他の治療	1. 実施 2. 未実施 実施年月 西暦 年 月 内容																						
今後の治療																							
現在の活動状況																							
現在の活動状況	1. 正常人と同じ 2. やや制限 3. 中等度制限 4. 高度制限	発病後年月	年 月																				
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 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></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
医療機関所在地	医師の氏名																						
電話番号	<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。