

56-3 ADH 分泌異常症 臨床調査個人票

(1. 新規)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年 月 日生	(満 歳)
住所	〒 TEL ()			出生 都道府県	発病時在住 都道府県			
発病年月	平成 年 月 日 時頃	初診 年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日		保険 種別	1.政 2.組 3.共 4.国 5.介 6.高	
身体障害者 手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし				
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)							
受療動向 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入院なし 6.その他()							
発症と経過	(具体的に記入)							
	【WISH 入力不要】 飲水量: _____ l, 尿量: _____ l							
病型	1. SIADH 2. 中枢性尿崩症							
SIADH					中枢性尿崩症			
1. 原疾患 (1) 中枢神経疾患 (疾患名:) (2) 内分泌疾患 (疾患名:) (3) 肺疾患 (疾患名:) (4) 薬剤 (薬剤名:) (5) その他 (疾患名:) (6) 不明				1. 原疾患 (1) 特発性 (2) 家族性 (3) 続発性 (原疾患:) (4) その他 () (5) 不明				
2. 主要臨床症状 (年 月現在) 倦怠感 1.あり 2.なし 3.不明 食欲低下 1.あり 2.なし 3.不明 脱水 1.あり 2.なし 3.不明 意識レベルの低下 1.あり 2.なし 3.不明 嘔気、嘔吐 1.あり 2.なし 3.不明 その他 ()				2. 主要臨床症状 (年 月現在) 多尿 1.あり 2.なし 3.不明 口渇 1.あり 2.なし 3.不明 多飲 1.あり 2.なし 3.不明 その他 ()				
画像所見(実施日: 年 月 日)								
頭部 MRI 1. 所見あり() 2. 所見なし 3. 未施行								
頭部 CT 1. 所見あり() 2. 所見なし 3. 未施行								
検査成績(実施日: 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 _____ mEq/l			血清尿酸 _____ mg/dl		
血清コルチゾール _____ μg/dl								
血漿浸透圧 _____ mOsm/kg			【基準値】 _____ ~ _____ mOsm/kg					
血漿 ADH 濃度 _____ pg/ml			【基準値】 _____ ~ _____ pg/ml					
尿量 _____ ml/日			尿浸透圧 _____ mOsm/kg			尿中ナトリウム濃度 _____ mEq/l		

中枢性尿崩症診断のための負荷試験（実施日： 年 月 日）			
1．高張食塩水負荷試験 （実施 ・未実施）			
結果：			
2．水制限試験 （実施 ・未実施）			
結果：			
3．バソプレシン負荷試験 （実施 ・未実施）			
結果：			
医療上の問題点			
【WISH 入力不要】			
医療機関名			
医療機関所在地		電話番号 （ ）	
医師の氏名		記載年月日：平成 年 月 日	
印			
（軽快者の症状が悪化した場合のみ記載）			
症状が悪化したことを医師が確認した年月日		平成 年 月 日	
特定疾患登録者証交付年月日		平成 年 月 日	

病型分類	
分 類	解 説
特発性中枢性尿崩症	認定基準1（1）と1（2）以外には、画像上認められる器質的異常或いは機能的異常を視床下部 - 下垂体系に認めないもの。
続発性中枢性尿崩症	認定基準1（1）と1（2）に加えて、画像上認められる器質的異常或いは機能的異常を視床下部 - 下垂体系に認めるもの。
家族性中枢性尿崩症	原則として常染色体優性遺伝形式を示し、家族内に同様の疾患患者があるもの。

56-3 ADH 分泌異常症 臨床調査個人票

(2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年 月 日生	(満 歳)
住所	〒 () TEL ()			出生 都道府県	発病時在住 都道府県			
発病年月	平成 年 月 日 時頃	初診 年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日		保険 種別	1.政 2.組 3.共 4.国 5.介 6.高	
身体障害者 手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし				
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)						初回認定年月 平成 年 月	
	受療動向(最近6か月) 1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入院なし 6.その他()							
治療と経過	(具体的に記入)							
	【WISH 入力不要】 飲水量: _____ l, 尿量: _____ l							
病型	1. SIADH 2. 中枢性尿崩症							
SIADH	1. 原疾患 (1) 中枢神経疾患 (疾患名:) (2) 内分泌疾患 (疾患名:) (3) 肺疾患 (疾患名:) (4) 薬剤 (薬剤名:) (5) その他 (疾患名:) (6) 不明				中枢性尿崩症 1. 原疾患 (1) 特発性 (2) 家族性 (3) 続発性 (原疾患:) (4) その他 () (5) 不明			
2. 主要臨床症状 (年 月現在)	倦怠感 1.あり 2.なし 3.不明 食欲低下 1.あり 2.なし 3.不明 脱水 1.あり 2.なし 3.不明 意識レベルの低下 1.あり 2.なし 3.不明 嘔気、嘔吐 1.あり 2.なし 3.不明 その他 ()				2. 主要臨床症状 (年 月現在) 多尿 1.あり 2.なし 3.不明 口渇 1.あり 2.なし 3.不明 多飲 1.あり 2.なし 3.不明 その他 ()			
画像所見(実施日: 年 月 日)								
頭部 MRI 1. 所見あり() 2. 所見なし 3. 未施行								
頭部 CT 1. 所見あり() 2. 所見なし 3. 未施行								
検査成績(実施日: 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 _____ mEq/l			血清尿酸 _____ mg/dl		
血清コルチゾール _____ μg/dl								
血漿浸透圧 _____ mOsm/kg			【基準値】 _____ ~ _____ mOsm/kg					
血漿 ADH 濃度 _____ pg/ml			【基準値】 _____ ~ _____ pg/ml					
尿量 _____ ml/日			尿浸透圧 _____ mOsm/kg			尿中ナトリウム濃度 _____ mEq/l		

中枢性尿崩症診断のための負荷試験（実施日： 年 月 日）

1. 高張食塩水負荷試験 （実施 ・ 未実施）

結果：

2. 水制限試験 （実施 ・ 未実施）

結果：

3. バゾプレシン負荷試験 （実施 ・ 未実施）

結果：

医療上の問題点

【WISH 入力不要】

医療機関名

医療機関所在地

電話番号 （ ）

医師の氏名

印

記載年月日：平成 年 月 日

病型分類

分類	解説
特発性中枢性尿崩症	認定基準1(1)と1(2)以外には、画像上認められる器質的異常或いは機能的異常を視床下部 - 下垂体系に認めないもの。
続発性中枢性尿崩症	認定基準1(1)と1(2)に加えて、画像上認められる器質的異常或いは機能的異常を視床下部 - 下垂体系に認めるもの。
家族性中枢性尿崩症	原則として常染色体優性遺伝形式を示し、家族内に同様の疾患患者があるもの。

2009-10-01