

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】							
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

（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	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

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