

072-2 下垂体性 ADH 分泌異常症
(バソプレシン分泌過剰症)

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦 年 月 日	*以降、数字は 右詰めで記入	
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	-		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦 年 月 日			
性別	☐ 男性 ☐ 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	発症者続柄		
	☐ 1. 父 ☐ 2. 母 ☐ 3. 子 ☐ 4. 同胞（男性） ☐ 5. 同胞（女性） ☐ 6. 祖父（父方） ☐ 7. 祖母（父方） ☐ 8. 祖父（母方） ☐ 9. 祖母（母方） ☐ 10. いとこ ☐ 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入		
	続柄		
発症時期	西暦 年 月		
社会保障			
介護認定	☐ 1. 要介護 ☐ 2. 要支援 ☐ 3. なし		
要介護度	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		
生活状況			
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである		
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない		
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない		
痛み／不快感	☐ 1. ない ☐ 2. 中程度ある ☐ 3. ひどい		
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない ☐ 2. 中程度 ☐ 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる		
手帳取得状況			
身体障害者手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級）		
療育手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり		
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級）		
人工呼吸器等装着者認定基準に該当			
☐ 1. する ☐ 2. しない ☐ 3. 不明			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite：Aを満たし、かつBをすべて満たし、 Cの鑑別診断を除外できる	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 主症候

脱水の所見（口腔粘膜の乾燥や皮膚ツルゴールの 低下など）を認めない	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
--------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

① 血清ナトリウム濃度は 135 mEq/L を下回る	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
血清ナトリウム		mEq/L
② 血漿浸透圧は 280 mOsm/kg を下回る	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
血漿浸透圧		mOsm/kg
③ 低ナトリウム血症、低浸透圧血症にもかかわ らず、血漿バソプレシン濃度が抑制されていない	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
④ 尿浸透圧は 100 mOsm/kg を上回る	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
尿浸透圧		mOsm/kg
⑤ 尿中ナトリウム濃度は 20 mEq/L 以上である	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
尿中 ナトリウム濃度		mEq/L
⑥ 腎機能正常	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
⑦ 副腎皮質機能正常	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	☐ 1. 全て除外可	☐ 2. 除外不可	☐ 3. 不明
☐ 1. 細胞外液量の過剰な低ナトリウム血症：心不全、肝硬変の腹水貯留時、ネフローゼ症候群			
☐ 2. ナトリウム漏出が著明な細胞外液量の減少する低ナトリウム血症：原発性副腎皮質機能低下症、 塩類喪失性腎症、中枢性塩類喪失症候群、下痢、嘔吐、利尿剤の使用			
☐ 3. 細胞外液量のほぼ正常な低ナトリウム血症：続発性副腎皮質機能低下症（下垂体前葉機能低下症）			
☐ 4. 異所性バソプレシン産生腫瘍			

☐ 1. 軽症：血清ナトリウム濃度 130 mEq/L 以上 135 mEq/L 未満 ☐ 2. 中等症：血清ナトリウム濃度 125 mEq/L 以上 130 mEq/L 未満 ☐ 3. 重症：血清ナトリウム濃度 125 mEq/L 未満													
検査日				西暦 年 月 日									
血清ナトリウム				mEq/L									

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500 文字以内

--

■ その他の事項

症状

主要臨床症状（治療前）			
検査日	西暦 年 月 日		
脱水の所見	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
他の臨床症状	☐ 1. 倦怠感 ☐ 2. 食欲低下 ☐ 3. 意識レベルの低下 ☐ 4. 嘔気 嘔吐 ☐ 5. その他		
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	mL/日	尿量	mL/日
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）	☐ I ☐ II ☐ III	頭痛	☐ 1. あり ☐ 2. なし
合併症			
☐ 1. あり ☐ 2. なし			
ありの場合	☐ 1. 浸透圧性脱髄症候群 ☐ 2. その他 *2を選択の場合、以下に記入		

検査所見（新規）

検査所見（治療前）			
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

早朝空腹時の 血清コルチゾール	μg/dL	血漿レニン 活性	ng/mL/h
血漿 バソプレシン値	測定感度以上	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当	
尿量	mL/日	尿浸透圧	mOsm/kg
尿中 ナトリウム濃度	mEq/L		
血漿浸透圧	測定値 mOsm/kg		
	基準値（自） mOsm/kg		
	基準値（至） mOsm/kg		
血漿 ADH 濃度	測定値 pg/mL		
	基準値（自） pg/mL		
	基準値（至） pg/mL		
画像所見（治療前）			
検査年月日	西暦 年 月 日		
頭部 MRI	☐ 1. 所見あり ☐ 2. 所見なし ☐ 3. 未施行		
	所見		
頭部 CT	☐ 1. 所見あり ☐ 2. 所見なし ☐ 3. 未施行		
	所見		
胸部 CT	☐ 1. 所見あり ☐ 2. 所見なし ☐ 3. 未施行		
	所見		

発症と経過

原疾患		
原疾患の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
中枢神経疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	疾患名	
内分泌疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	疾患名	
肺疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	疾患名	
薬剤	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬剤名	
その他	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	疾患名	

治療その他

治療	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
現在の治療		
水制限	mL/日	
トルバプタン	投与量	
その他の治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	内容	
治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明	
	治療経過及び 治療効果の内容	

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	☐ 1. あり		
開始時期	西暦 年 月		
離脱の見込み	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
種類	☐ 1. 気管切開孔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	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	整容	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	トイレ動作	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	入浴	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	歩行	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	階段昇降	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 不能
	着替え	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排便コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排尿コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号											*ハイフンを除き、左詰めで記入	
医師の氏名												
記載年月日	西暦					年			月			日
診断年月日	西暦					年			月			日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。）
- ・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。
- ・診断基準、重症度分類については、
「指定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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。

■ 行政記載欄

担当自治体											
受理日	西暦				年			月			日
公費負担者番号											
認定結果	☐ 認定				☐ 不認定						
研究同意の有無	☐ 有				☐ 無						
受給者番号											
有効期限	西暦				年			月			日
階層区分	☐ 生活保護				☐ 低所得Ⅰ		☐ 低所得Ⅱ		☐ 一般所得Ⅰ		
	☐ 一般所得Ⅱ				☐ 上位所得		☐ その他				
軽症者登録	☐ 有				☐ 無						
保険情報	保険者番号					被保険者記号					
	被保険者番号					被保険者 個人単位枝番					
	資格取得 年月日	西暦				年			月		