

## 075 クッシング病

## ■ 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definitel : Aの①の1項目以上を満たし、Aの②の1項目以上を満たし、Bの全てを満たし、Cの全てを満たし、Dの①、②、③の全てを満たすもの。

Definite2 : Aの①の1項目以上を満たし、Aの②の1項目以上を満たし、Bの全てを満たし、Cの全てを満たし、Dの①、②、④の全てを満たすもの。

Possible : Aの①、②の中から1項目以上を満たし、Bの全てを満たし、Cの全てを満たすもの。

いずれにも該当しない

A. 主症候

①特異的症候

満月様顔貌       中心性肥満又は水牛様脂肪沈着

皮膚の伸展性赤紫色皮膚線条 (幅 1cm 以上)       皮膚の菲薄化及び皮下溢血

近位筋萎縮による筋力低下       小児における肥満を伴った成長遅延

②非特異的症候

高血圧       月経異常       座瘡(にきび)       多毛       浮腫

耐糖能異常       骨粗鬆症       色素沈着       精神障害

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血中 ACTH とコルチゾール (同時測定) が高値～正常を示す	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
②尿中遊離コルチゾールが高値を示す	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
尿中遊離コルチゾール	測定値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/日
	基準値 (上限値) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/日

C. スクリーニング検査

①一晩少量デキサメタゾン抑制試験 (0.5 mg)	<input type="checkbox"/> 1. 血中コルチゾール値が抑制される <input type="checkbox"/> 2. 抑制されない
	負荷前コルチゾール <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
	負荷後コルチゾール <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
②深夜睡眠時コルチゾール	血中コルチゾール値が 5 μg/dl 以上を示す <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL

D. 確定診断検査

①CRH 試験: 血中 ACTH	<input type="checkbox"/> 1) 前値の 1.5 倍以上に増加 <input type="checkbox"/> 2) 1.5 倍未満 <input type="checkbox"/> 3) 未実施	
	前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
	頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
②一晩大量デキサメ タゾン抑制試験 (8 mg)	<input type="checkbox"/> 1. 血中コルチゾール値が前値の半分以下に抑制される <input type="checkbox"/> 2. 抑制されない	
	負荷前コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
	負荷後コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
③画像所見 (MRI)	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	下垂体腫瘍の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	所見	
④選択的下錐体静脈洞血サンプリング		
検査日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
血中 ACTH (基礎値)	中樞	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
	末梢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
c/p 比が 2 以上		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
血中 ACTH (CRH 負荷後)	中樞	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
	末梢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
c/p 比が 3 以上		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当

■ 重症度分類に関する事項

1. 軽症 重症以外

2. 重症 血中 ACTH とコルチゾール（同時測定）のいずれかが高値で、かつ主症状の中から 1 つ以上を満たすもの

主症候

満月様顔貌       中心性肥満又は水牛様脂肪沈着

皮膚の伸展性赤紫色皮膚線条（幅 1cm 以上）       皮膚の菲薄化及び皮下溢血

近位筋萎縮による筋力低下       小児における肥満を伴った成長遅延

高血圧       月経異常       座瘡(にきび)       多毛       浮腫

耐糖能異常       骨粗鬆症       色素沈着       精神障害

血中 ACTH

基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL	基準値（上限）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
-----	--	---------	--

血中コルチゾール

基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL	基準値（上限）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
-----	--	---------	--

■ 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

主要所見

理学所見（治療前）（新規）														
脈拍	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回/分	体温	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	度					
収縮期血圧	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg	拡張期血圧	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg					
身長・体重等														
発病前最大	身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	kg
確診時	身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	kg
現在	身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	kg
主症状（治療前）（新規）														
診断日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日		
特異的症候	1. 満月様顔貌	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	2. 中心性肥満又は水牛様脂肪沈着	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	3. 皮膚線条（幅 1 cm 以上）	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	4. 皮膚菲薄化及び皮下溢血	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	5. 近位筋萎縮による筋力低下	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	6. 小児における肥満を伴った成長の遅延	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
非特異的症候	7. 高血圧	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	8. 月経異常（女性のみ）	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	9. 座瘡（にきび）	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	10. 多毛	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	11. 浮腫	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	12. 耐糖能異常	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	13. 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	14. 色素沈着	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							
	15. 精神障害	<input type="checkbox"/>		1. あり	<input type="checkbox"/>		2. なし							

合併症					
合併症の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	糖尿病	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
狭心症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
脳梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	脳出血	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
高脂血症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	肝障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
腎障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	運動障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
多発性内分泌腫瘍症 I 型	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	成長遅延	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
Nelson 症候群	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし			
その他の合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
	合併症				

**検査所見**

検査所見（治療前）（新規）												
検査年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
朝血中コルチゾール	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値（自）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値（至）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL
深夜睡眠時コルチゾール	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値（自）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値（至）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL
深夜唾液中コルチゾール	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値（自）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値（至）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/dL

血中 ACTH	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
尿中遊離コルチゾール	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/日
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/日
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/日
負荷試験 (治療前)			
デキサメタゾン抑制試験 (0.5 mg)	項目	<input type="checkbox"/> 1. 抑制される <input type="checkbox"/> 2. 抑制されない	
	負荷前 コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL
	負荷後 コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL
デキサメタゾン抑制試験 (8 mg)	項目	<input type="checkbox"/> 1. 抑制される <input type="checkbox"/> 2. 抑制されない	
	負荷前 コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL
	負荷後 コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL
DDAVP 試験 血中 ACTH		<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 過剰 <input type="checkbox"/> 3. 無反応 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
	頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
CRH 試験 血中 ACTH		<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 過剰 <input type="checkbox"/> 3. 無反応 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
	頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
その他の検査所見 (治療前)			
検査年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/μL	好酸球 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
HbA1c	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	%	カリウム <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
血中 コレステロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	



ブドウ糖負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g			
	血糖前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
	60分	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	120分	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
画像所見（下垂体）（治療前）				
単純X線	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	トルコ鞍拡大	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	その他			
CT	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	下垂体腫瘍の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	所見			
MRI	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	下垂体腫瘍の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	所見			
画像所見（副腎）（治療前）				
CT	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	腫大の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 両側 <input type="checkbox"/> 2. 右 <input type="checkbox"/> 3. 左		
MRI	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	腫大の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 両側 <input type="checkbox"/> 2. 右 <input type="checkbox"/> 3. 左		
副腎 シンチグラフィー	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	シンチグラフィーの所見	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常		

その他												
(4) ⑤選択的下錐体静脈洞血サンプリング												
検査年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 <input type="text"/>	<input type="text"/>	月 <input type="text"/>	<input type="text"/>	日				
ACTH 基礎値	中枢	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL	末梢	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL
	c/p 比											
CRH 負荷後	中枢	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL	末梢	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL
	c/p 比											
病理検査												
下垂体腺腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし											
	所見											
	ACTH 免疫染色	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性										
副腎	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 腫瘍 <input type="checkbox"/> 3. 結節 <input type="checkbox"/> 4. 過形成											

発症と経過

現在の活動状況	<input type="checkbox"/> 1. 正常人と同じ <input type="checkbox"/> 2. やや制限 <input type="checkbox"/> 3. 中等度制限 <input type="checkbox"/> 4. 高度制限				
発病後年月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 <input type="text"/>	<input type="text"/>	か月

治療その他

下垂体手術	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施						
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 経蝶形骨洞 <input type="checkbox"/> 2. 開頭					
	手術年月	西暦 <input type="text"/>	<input type="text"/>	年 <input type="text"/>	<input type="text"/>	月	
下垂体照射	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施						
	実施日	西暦 <input type="text"/>	<input type="text"/>	年 <input type="text"/>	<input type="text"/>	月 <input type="text"/>	<input type="text"/>
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施						

	実施年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	内容	
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. あり						
開始時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり			<input type="checkbox"/> 2. なし			
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器			<input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器			
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行		<input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行		<input type="checkbox"/> 3. 一日中施行		<input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
診断年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
公費負担者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定			
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
有効期限	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他			
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
保険情報	保険者番号	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>
	資格取得 年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日