

083 アジソン病

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定
-------	---	------	--

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号								
住所								
生年月日	西暦		年		月		日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1. 男 ☐ 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
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								
発症年月	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

■ 診断基準に関する事項

診断（新規）

☐ 1. 自己免疫性副腎炎 ☐ 2. 結核性 ☐ 3. 感染症 ☐ 4. その他	
結核性疾患	
肺結核	☐ 1. 合併症 ☐ 2. 既往症 ☐ 3. なし
胸膜炎	☐ 1. 合併症 ☐ 2. 既往症 ☐ 3. なし
腹膜炎	☐ 1. 合併症 ☐ 2. 既往症 ☐ 3. なし
骨・関節炎	☐ 1. 合併症 ☐ 2. 既往症 ☐ 3. なし
頸部リンパ腺炎	☐ 1. 合併症 ☐ 2. 既往症 ☐ 3. なし
皮膚結膜	☐ 1. 合併症 ☐ 2. 既往症 ☐ 3. なし
結核性痔瘻	☐ 1. 合併症 ☐ 2. 既往症 ☐ 3. なし
腎結核	☐ 1. 合併症 ☐ 2. 既往症 ☐ 3. なし

副睪丸炎	☐ 1. 合併症	☐ 2. 既往症	☐ 3. なし
眼結膜	☐ 1. 合併症	☐ 2. 既往症	☐ 3. なし

A. 症状

理学所見			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	. 度
拡張期血圧	mmHg	収縮期血圧	mmHg
主症状			
診断日	西暦 年 月 日		
自覚症状	☐ 1. 色素沈着 ☐ 2. 易疲労、脱力感 ☐ 3. 体重減少 ☐ 4. 消化器症状（食欲不振、悪心・嘔吐、下痢、腹痛） ☐ 5. 精神症状（無気力、無関心、不安感） ☐ 6. 急性副腎皮質不全症状 （全身倦怠感、頭痛、悪心・嘔吐、発熱、意識障害、呼吸困難、ショック） ☐ 7. その他		
色素沈着	☐ 1. あり ☐ 2. なし	甲状腺腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし
二次性徴障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし	ステロイド補充	☐ 1. あり ☐ 2. なし
甲状腺機能			
性腺機能			
その他			

合併症		
合併症の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
多腺性自己免疫症候群	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	疾患名	☐ 1. 慢性甲状腺炎 ☐ 2. バセドウ病 ☐ 3. 皮膚カンジダ症 ☐ 4. 性腺機能低下症 ☐ 5. その他
甲状腺疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	☐ 1. 機能亢進症 ☐ 2. 機能低下症 ☐ 3. 橋本甲状腺炎 ☐ 4. 単純性甲状腺腫	
その他		

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

検査所見			
検査年月日	西暦 年 月 日		
白血球	/ μ L	ヘモグロビン	g/dL
血小板	$\times 10^4$ / μ L	リンパ球数	/ μ L
好中球	/ μ L	好酸球数	/ μ L
ナトリウム	mEq/L	基準値	mEq/L
カリウム	mEq/L	基準値	mEq/L
空腹時血糖	mg/dL	基準値	mg/dL
AST	IU/L	基準値	IU/L
ALT	IU/L	基準値	IU/L
γ -GTP	IU/L	基準値	IU/L
BUN	mg/dL	基準値	mg/dL
クレアチニン	mg/dL	基準値	mg/dL
HbA1c (NGSP)	. %		

画像所見										
X 線	検査年月日		西暦 年 月 日							
	石灰化所見		☐ 1. あり ☐ 2. なし							
骨密度			g/cm ²							
内分泌検査										
血漿 ACTH	基礎値	pg/mL								
	基準値	pg/mL								
血漿 コルチゾール	基礎値	μg/dL				基準値	μg/dL			
	迅速 ACTH 負荷後		頂値		μg/dL					
尿中遊離 コルチゾール	基礎値	μg/日								
	基準値	μg/日								
血漿アルド ステロン濃度	基礎値	pg/mL								
	基準値	pg/mL								
血漿レニン 活性	基礎値	ng/mL/hr								
	基準値	ng/mL/hr								
血中 DHEA-S	基礎値	μg/dL				基準値	μg/dL			
免疫学的検査										
抗副腎抗体	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未検査									
抗甲状腺抗体	サイログロブリン抗体	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未検査								
	ミクロゾール抗体	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未検査								
	抗 TPO 抗体	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未検査								
その他 自己抗体	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未検査									
	自己抗体名									

合併症			
☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明	
☐ メタボリックシンドローム	☐ 糖尿病	☐ 高血圧	☐ 脂質異常症
☐ 骨量低下	☐ 骨粗鬆症		

C. 鑑別診断（新規）

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. SF-1 異常症	☐ 2. ACTH 不応症（コルチゾール低値, アルドステロン正常）		
☐ 3. 先天性リポイド過形成症	☐ 4. 甲状腺機能亢進症		
☐ 5. ヘモクロマトーシス	☐ 6. 肝硬変症		
☐ 7. 吸収不良症候群	☐ 8. ポイツーイエガー（Peutz-Jeghers）症候群		
☐ 9. 慢性腎不全	☐ 10. 強皮症		
☐ 11. 黒色表皮症	☐ 12. レクリングハウゼン病		

<診断のカテゴリー>

☐ アジソン病：血漿コルチゾール低値と血漿ACTHの高値を認め、迅速ACTH負荷試験で 血漿コルチゾールの増加反応を認めない
☐ 部分的アジソン病：血漿コルチゾールが正常下限でも、ACTH負荷に対して血漿コルチゾールの 反応性が欠如あるいは低下を認めるもの
☐ いずれにも該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250 文字以内かつ7行以内

--

■ 治療その他

副腎ステロイド補充療法	☐ 1. 実施	☐ 2. 未実施	☐ 3. 不明
ステロイドの種類			

投与量	
投与歴	約 年
BMI	.

■ 重症度分類に関する事項

1. 「血中コルチゾールの低下を認める」： 血中コルチゾール基礎値 4μg/dL 未満	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
2. 「負荷試験への反応性低下」：迅速 ACTH 負荷(250μg)に 対する血中コルチゾールの反応 15μg/dL 未満	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
3. 「何らかの副腎不全症状がある」	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
☐ 特徴的な色素沈着 ☐ 半年間で5%以上の体重減少 ☐ 低血圧 ☐ 脱毛 ☐ 低血糖症状 ☐ 消化器症状（悪心、嘔吐など） ☐ 精神症状（無気力、嗜眠、不安など） ☐ 関節痛 ☐ 過去1年間に急性副腎皮質不全症状に伴う入院歴がある ☐ その他	
4. 「ステロイドを定期的に補充している者」	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

■ 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											印 ※自筆または押印のこと	
記載年月日	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ます。）
- ・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。
- ・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。