**807．ステロイドホルモン産生異常症臨床調査個人票（更新）**

（平成三十年一月改正）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 初回申請  の疾患名 | １．クッシング症候群（副腎性・異所性）　２．原発性アルドステロン症  ３．多嚢胞性卵巣症候群　　　　　　　　　４．精巣機能低下症 | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | 性別 | | 1.男  2.女 | 生 年  月 日 | | 1.明治 2.大正  3.昭和 4.平成 | 年　　月　　日生  （満　　　歳） |
| 氏 　名 | |  | | |
| 保険種別 | | １．協　　２．組　　３．船　　４．共　　５．国　６．後 | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | |
| 受診状況（最近１年） | | 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.入通院なし　6.その他（　　　　　） | | | | | | | | | |
| 経過(最近１年) | | １．治癒　２．軽快　３．不変　４．徐々に悪化　５．急速に悪化　６．その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 家族・同居人からの発病者 | | | １．あり（患者との続柄　　　　　　　　　 ） 　２．なし　　３．不明 | | | | | | | | |
| 最近１年間の  治　　　療 | | １．  ２．  ３．  ４． | | | | | | | | | |
| 最近１年間の当該疾患の継続を示す検査所見  (検査年月日) | | ■原発性アルドステロン症  （　　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | |
| K mEq/l  Cr mg/dl  PRA（PRC） 　　　　　　 ng/ml/hr(pg/ml) | | | | | | | Na mEq/l  eGFR ml/min/1.73㎡  PAC 　 pg/ml | | |
| 最近1年間の血圧（3回以上）  （　 　年　　月　　日） 　　　 ／　　　 mmHg  （　　 年　　月　　日） 　　　 ／　　　 mmHg  （　 　年　　月　　日） 　　　 ／　　　 mmHg | | | | | | | 合併症  １．あり　　２．なし  □ 心血管疾患  □ 脳血管疾患  □ 腎機能障害 | | |
| ■クッシング症候群  （　　　　年　　月　　日） | | | | | | | ■精巣機能低下症  （　　　　年　　月　　日） | | |
| ACTH　　　 　　　　　　 pg/ml  コルチゾール 　　　　　　 μg/dl | | | | | | | テストステロン ng/ml | | |
| ■その他（異所性ACTH症候群、多嚢胞性卵巣症候群等に関する所見を記載してください。）  （　　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | |
| 今後の治療 | | （特に薬物治療の必要性について記載してください。） | | | | | | | | | |
| 医療機関名  医療機関所在地  医師の氏名 | | | | | | 電話番号　　　　　　（　　　　）  記載年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |

※　初回申請の時と疾患名が異なる場合は、新規申請用臨床調査個人票を改めて提出してください。

※　認定基準については、新規申請用臨床調査個人票に記載してあります。

【認定基準】

当該疾病についての特異的な治療が行われている者