


807. ステロイドホルモン産生異常症臨床調査個人票（更新）

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)
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 Na _____ mEq/l Cr _____ mg/dl eGFR _____ ml/min/1.73 m ² PRA (PRC) _____ ng/ml/hr(pg/ml) PAC _____ pg/ml 最近1年間の血圧 (3回以上) (年 月 日) _____ / _____ mmHg 合併症 (年 月 日) _____ / _____ mmHg 1. あり 2. なし (年 月 日) _____ / _____ mmHg <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 腎機能障害										
	■クッシング症候群 (年 月 日) ACTH _____ pg/ml コルチゾール _____ μg/dl					■精巣機能低下症 (年 月 日) 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	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> 電話番号 () 記載年月日 : 年 月 日 </div> 										

※ 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

(平成三十年一月改正)