

56-5 クッシング病 臨床調査個人票

(1.新規)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月日	1.明 3.昭	2.大 4.平	年	月	日生 (満 歳)
住所	〒 ( ) TEL ( )				出生 都道府県	発病時在住 都道府県				
発病年月	平成 年 月 日	初診 年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日		保険 種別	1.政 4.国	2.組 5.介	3.共 6.高	
身体障害者 手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定		1.要介護(要介護度 )		2.要支援		3.なし	
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)									
受療動向 (最近6か月)	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( )									
家族歴	近親結婚: 1.あり 2.なし 3.不明									
	血族内発症: 1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄 )									
発症と経過 (具体的に)	【WISH入力不要】									
身長・体重			診断確定までの代表的数値のみ記載。判定は各正常との比較							
発病前最大	確 診 時	現 在	診断病院名							
_____ cm	_____ cm	_____ cm	( 病院 科 医師 )							
_____ kg	_____ kg	_____ kg	主要な検査所見 検査日: 年 月 日							
主要症候 ( 年 月現在 )			朝 血 中 コルチゾール	_____ μg/dl 時採血 基準値 _____ ~ _____ μg/dl						
中心性肥満	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	夜 血 中 コルチゾール	_____ μg/dl 時採血 基準値 _____ ~ _____ μg/dl						
満月様顔貌	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	血 中 ACTH	_____ pg/ml 基準値 _____ ~ _____ pg/ml						
水牛様脂肪沈着	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	尿 中 遊 離 コルチゾール	_____ μg/日 基準値 _____ ~ _____ μg/日						
皮膚線条	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	デキサメサゾン抑制試験 ( 0.5 mg )	1.抑制される 2.抑制されない _____ μg/dl _____ μg/dl						
皮下溢血	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	デキサメサゾン抑制試験 ( 8 mg )	1.抑制される 2.抑制されない _____ μg/dl _____ μg/dl						
皮膚ひ薄化	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	その他の検査所見							
発育遅延	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	CRH 試験	1.正常 2.過剰 3.無反応 4.不明 _____ pg/ml _____ pg/ml						
筋力低下	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	DDAVP 試験	1.正常 2.過剰 3.無反応 4.不明 _____ pg/ml _____ pg/ml						
座瘡	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	血 圧	1.正常 2.高値 3.低値 4.不明 _____ / _____ mmHg						
多毛	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	HbA1c	_____ %						
浮腫	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	血中カリウム	_____ mEq/						
月経異常	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	血中コレステロール	_____ mg/dl						
耐糖能低下	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	ブドウ糖負荷 ( g )	前 60 120 血糖 _____ mg/dl						
精神障害	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	白 血 球	_____ / μl						
色素沈着	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	好 酸 球	_____ %						
骨粗鬆症	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	下垂体画像 実施日: 年 月 日	副腎画像 実施日: 年 月 日						
単純X線	トルコ鞍拡大(1.あり 2.なし) その他( )		X 線 C T	1.腫大あり(1.両側 2.右 3.左) 2.なし						



## 56-5 クッシング病 臨床調査個人票

(2.更新)

ふりがな						性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明 2.大 3.昭 4.平	年 月 日	日生 (満 歳)
住 所	〒 ( ) TEL ( )					出 生 都道府県	発病時在住 都道府県				
発病年月	平成 年 月 日	初診 年月日	1.昭和 年 月 日 2.平成 年 月 日			保険 種別	1.政 2.組 3.共 4.国 5.介 6.高				
身体障害者 手 帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定		1.要介護(要介護度 ) 2.要支援 3.なし						
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)										初回認定年月 平成 年 月
受療動向 (最近6か月)	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( )										
家 族 歴	近親結婚: 1.あり 2.なし 3.不明 血族内発症: 1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄 )										
治療と経過 (具体的に)	【WISH入力不要】										
身長・体重			診断確定までの代表的数値のみ記載。判定は各正常との比較 診断病院名 ( 病院 科 医師 ) 主要な検査所見 検査日: 年 月 日								
発病前最大	確 診 時	現 在	朝 血 中 コルチゾール _____ μg/dl 時採血 基準値 _____ ~ _____ μg/dl								
_____ cm	_____ cm	_____ cm	夜 血 中 コルチゾール _____ μg/dl 時採血 基準値 _____ ~ _____ μg/dl								
_____ kg	_____ kg	_____ kg	血 中 ACTH _____ pg/ml 基準値 _____ ~ _____ pg/ml								
主要症候 ( 年 月現在 )			尿 中 遊 離 コルチゾール _____ μg/日 基準値 _____ ~ _____ μg/日								
中心性肥満	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	デキサメサゾン抑制試験 ( 0.5 mg ) 1.抑制される 2.抑制されない _____ μg/dl _____ μg/dl								
満月様顔貌	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	デキサメサゾン抑制試験 ( 8 mg ) 1.抑制される 2.抑制されない _____ μg/dl _____ μg/dl								
水牛様脂肪沈着	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	その他の検査所見								
皮膚線条	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	CRH 試験 1.正常 2.過剰 3.無反応 4.不明 _____ pg/ml _____ pg/ml								
皮下溢血	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	DDAVP 試験 1.正常 2.過剰 3.無反応 4.不明 _____ pg/ml _____ pg/ml								
皮膚ひ薄化	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	血 圧 1.正常 2.高値 3.低値 4.不明 _____ / _____ mmHg								
発育遅延	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	HbA1c _____ %								
筋力低下	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	血中カリウム _____ mEq/								
座 瘡	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	血中コレステロール _____ mg/dl								
多 毛	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	ブドウ糖負荷 ( g ) 前 60 120 血糖 _____ mg/dl								
浮 腫	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	白 血 球 _____ /μl								
月経異常	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	好 酸 球 _____ %								
耐糖能低下	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし									
精神障害	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし									
色素沈着	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし									
骨粗鬆症	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし									

下垂体画像 実施日： 年 月 日		副腎画像 実施日： 年 月 日	
単 純 X 線	トルコ鞍拡大 (1. あり 2. なし) その他 ( )	X 線 C T	1. 腫大あり (1. 両側 2. 右 3. 左) 2. なし
X 線 C T	1. 腫瘍あり ( ) 2. なし	M R I	1. 腫大あり (1. 両側 2. 右 3. 左) 2. なし
M R I	1. 腫瘍あり ( ) 2. なし	シンチグラフィー	1. 正常 2. 異常
		そ の 他	
(参考)	選択的静脈洞血サンプリング 実施日： 年 月 日 海面静脈洞・下垂体静脈洞 ACTH 基礎値 (中枢 _____ pg/ml, 末梢 _____ pg/ml) c/p 比： _____ CRH 負荷後 (中枢 _____ pg/ml, 末梢 _____ pg/ml) c/p 比： _____		
合併症	1. 成長促進 2. 運動障害 3. 脳梗塞 4. 脳出血 5. 狭心症 6. 心筋梗塞 7. 高血圧 8. 高脂血症 9. 肝障害 10. 腎障害 11. 糖尿病 12. 多発性内分泌腫瘍症 型 13. Nelson 症候群 (診断 年 月) 14. その他 (具体的に) ( )		
今後の治療	(特に薬物治療の必要性について記入してください)  【WISH 入力不要】		
病 理	下垂体腫瘍 1. なし 2. あり 所見 ( ACTH 免疫染色 有・無 )		
	副腎 1. 正常 2. 腫瘍 3. 結節 4. 過形成		
現在の活動状況	(発病後 年 月) 1. 正常人と同じ 2. やや制限 3. 中等度制限 4. 高度制限		
医療上の問題点	【WISH 入力不要】		
医療機関名			
医療機関所在地		電話番号 ( )	
医師の氏名		記載年月日：平成 年 月 日	
		印	

2009-10-01