

■ 基本情報

受診番号, 性別, 年齢, 出生年月日, 住所, 病歴, 検査結果 (尿検査, 血液検査) の入力欄

■ 診断基準に関する事項

A. 診断 (性別, 年齢, 検査結果) の入力欄

B. 検査結果

検査項目 (血圧, 血糖, 尿糖) とその結果の入力欄

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目にだけ記入する) 最も重症度の高い項目を疾患の重症度とする

尿量, 尿比重, 血清Na濃度, 血清K濃度, 血清Ca濃度 の重症度分類表

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無, 開始時期, 種類, 管理方法, 生息状態, 意識, 呼吸, 循環, 排泄, 栄養, 非侵襲的コントロール の入力欄

医師の氏名, 所属機関, 電話番号, 印, 記載年月日, 平復 年月 日 の入力欄

※本表は医師の診断に基づき作成されており、医師が責任を負うべきものである。... (注釈)

申請書提出用紙の記入例 (性別, 年齢, 検査結果) の記入例

C. 診断書

以下の内容を記載し、全て印字できる。印字できなかった項目は記入する。 1. 全て印字可 2. 印字不可 3. 不明

<診断のカテゴリー> (該当する項目にだけ記入する)

診断カテゴリー (診断書の内容) の入力欄

重症度分類に関する事項 (該当する項目にだけ記入する) 1. 該当 2. 非該当

重症度分類 (診断書の内容) の入力欄

5分間歩行試験 (歩行速度) の入力欄

症状の概要、経過、特記すべき事項など

症状の概要、経過、特記すべき事項などの入力欄

■ 検査その他

検査項目 (尿糖, 尿蛋白, 尿潜血) とその結果の入力欄

■ 治療その他

治療項目 (薬物療法, 手術療法) とその結果の入力欄

新規 更新

■ 基本情報

氏名(漢字) 姓(漢字) 名(漢字) 性別(男/女)
生年月日 西暦 年 月 日 性別 1.男 2.女
家族歴 1.あり(ただし、不明) 2.なし 3.不明
社会保険 1.健康保険 2.国民健康保険 3.なし 4.その他

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

現病歴 症状 程度
検査日 西暦 年 月 日 検査の種類 1.あり 2.なし
他の臨床症状 1.倦怠感 2.食慾低下 3.悪寒/発熱 4.嘔吐/腹痛 5.その他

B. 検査所見

検査項目 検査結果
血清ナトリウム 単位 mg/L 血清ナトリウム 値
血清カルシウム 単位 mg/dL 血清カルシウム 値

■ 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
開始年月日 西暦 年 月 日 退院の予定日 1.あり 2.なし
生活状況 食事 1.自立 2.部分介助 3.全介助 4.自立(リハビリ中)
水分摂取 1.自立 2.部分介助 3.全介助

医師の氏名 施設番号
医師の職名
医師の所在地

※検査結果が正常範囲外の場合、医師の氏名を記入してください。
※検査結果が正常範囲内の場合、医師の氏名を記入してください。

検査項目(検査内容)
検査年月日 西暦 年 月 日
検査項目 1.血清ナトリウム 2.血清カルシウム 3.尿素窒素 4.クレアチニン

C. 診断診断

以下の診断を診断し、全て除外できる場合にのみ診断を記入する。
1.全額除外可能 2.除外不可 3.不明
血清ナトリウム濃度が正常範囲外(血清ナトリウム濃度が正常範囲内)の場合、1.あり 2.なし 3.不明

<診断のカテゴリー> (該当する項目にのみ記入する)

1.確定: 1) 上記基準を満たし、かつ、2) 除外基準に該当しない場合にのみ記入する
1.該当 2.非該当
1) 確定: Aの観点から所見を認めない。
2) 除外基準:
a) 血清ナトリウム濃度が血清ナトリウム濃度が正常範囲外(血清ナトリウム濃度が正常範囲内)の場合、1.あり 2.なし 3.不明

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

■ 発症と経過

発症の有無 1.あり 2.なし 3.不明
中枢神経障害 1.あり 2.なし 3.不明
内分泌障害 1.あり 2.なし 3.不明

■ 治療その他

治療 1.あり 2.なし
現在の治療
薬剤 1.あり 2.なし

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目にのみ記入する) 最も重症度の高い項目を疾患の重症度とする

項目 重症度 1.軽度 2.中等度 3.重症
血清Na濃度 1.125-135mmol/L 2.115-125mmol/L 3.115mmol/L以下
血清カルシウム 1.なし 2.ICS I ~ II 3.ICS II ~ III

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, date of birth, sex, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

Form for symptoms including menstrual history, physical examination, and signs of hyperthyroidism.

B. 検査所見

Form for laboratory findings including thyroid function tests and prolactin levels.

■ 治療その他

Form for treatment and other clinical notes.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に記号を記入する) 最も重症度の高い項目を疾患の重症度とする

Form for severity classification with checkboxes for various clinical indicators.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial ventilation status with checkboxes for different functions.

Form for hospital and physician information.

Footnote text providing additional information and contact details.

Table with 3 columns and 10 rows for clinical data.

Table with 4 columns and 2 rows for additional clinical data.

Table with 3 columns and 1 row for patient information.

Table with 3 columns and 1 row for patient information.

Table with 1 column and 1 row for patient information.

Table with 4 columns and 1 row for patient information.

Table with 4 columns and 1 row for patient information.

Table with 4 columns and 1 row for patient information.

<診断のカテゴリー> (該当する項目に記号を記入する)

Form for diagnostic category selection with checkboxes and explanatory text.

症状の概要、経過、特記すべき事項など

Text area for clinical summary and notes.

■ 発症と経過

Form for onset and course of the disease.

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号	名(姓)			姓(姓)			名(姓)		
性別(性)									
病院ID号	住所								
生年月日	西暦	年	月	日	性別	1	男	2	女
出生地(町村)									
出生時氏名(実地の場合)	姓(姓)	名(姓)			姓(姓)	名(姓)			
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 解婚者(解婚して) 2.再婚 3.同居 (男性) 4.再婚 (女性) 5.再婚 (女性) 7.再婚 (女性) 8.再婚 (男性) 9.再婚 (男性) 10.その他 11.その他 ()								
発症年月	西暦	年	月						
発症原因	1.発症原因不明			2.薬剤			3.その他		
病歴の概要	1.発症の原因が不明である 2.いくつもの病歴がある 3.発症の経過								
今の病状の把握	1.病状が把握できている 2.いくつもの病歴がある 3.発症の経過								
病状の経過	1.病状が把握できている 2.いくつもの病歴がある 3.発症の経過								
病状の経過	1.病状が把握できている 2.いくつもの病歴がある 3.発症の経過								
病状の経過	1.病状が把握できている 2.いくつもの病歴がある 3.発症の経過								
病状の経過	1.病状が把握できている 2.いくつもの病歴がある 3.発症の経過								

■ 診断基準に関する事項

診断基準	1.あり 2.なし								
診断基準	1.あり 2.なし 3.不明								
診断基準	1.あり 2.なし 3.不明								

A. 症状

性別(性)	1.あり 2.なし								
身長	cm	体重			kg				
年齢	歳	体高			cm				
診断基準	1.あり 2.なし 3.不明								
診断基準	1.あり 2.なし 3.不明								
診断基準	1.あり 2.なし 3.不明								
診断基準	1.あり 2.なし 3.不明								
診断基準	1.あり 2.なし 3.不明								
診断基準	1.あり 2.なし 3.不明								
診断基準	1.あり 2.なし 3.不明								
診断基準	1.あり 2.なし 3.不明								

B. 検査結果

検査結果	1.あり 2.なし 3.不明								
検査結果	1.あり 2.なし 3.不明								
検査結果	1.あり 2.なし 3.不明								
検査結果	1.あり 2.なし 3.不明								
検査結果	1.あり 2.なし 3.不明								
検査結果	1.あり 2.なし 3.不明								
検査結果	1.あり 2.なし 3.不明								
検査結果	1.あり 2.なし 3.不明								
検査結果	1.あり 2.なし 3.不明								
検査結果	1.あり 2.なし 3.不明								

診断基準 下垂体前葉 種々の原因による高PRL血症 下垂体前葉 種々の原因による高PRL血症 下垂体後葉 (含む巨大細胞) による高PRL血症

■ 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	原因の経過					1.あり 2.なし
理由	1.気管支炎を併発した人工呼吸器 2.肺マスキングした人工呼吸器								
使用状況	1.間欠的吸引 2.吸引に調整可能な吸引 3.吸引に調整可能な吸引 4.吸引に調整可能な吸引								
生活状況	1.食事 2.水分 3.排便 4.睡眠 5.活動 6.その他								
食事	1.あり 2.なし 3.不明								
水分	1.あり 2.なし 3.不明								
排便	1.あり 2.なし 3.不明								
睡眠	1.あり 2.なし 3.不明								
活動	1.あり 2.なし 3.不明								
その他	1.あり 2.なし 3.不明								

医師の氏名	〒 町 丁目 番 号								
医師の住所	〒 町 丁目 番 号								
医師の氏名	〒 町 丁目 番 号								

※医師の氏名・住所・電話番号は、必ずしも正確であるとは限りません。また、医師の氏名・住所・電話番号は、必ずしも正確であるとは限りません。また、医師の氏名・住所・電話番号は、必ずしも正確であるとは限りません。

他の下垂体前葉分泌	1.正常 2.低下 3.亢進								
下垂体前葉分泌	1.正常 2.低下 3.亢進								
下垂体前葉分泌	1.正常 2.低下 3.亢進								
下垂体前葉分泌	1.正常 2.低下 3.亢進								
下垂体前葉分泌	1.正常 2.低下 3.亢進								
下垂体前葉分泌	1.正常 2.低下 3.亢進								
下垂体前葉分泌	1.正常 2.低下 3.亢進								
下垂体前葉分泌	1.正常 2.低下 3.亢進								
下垂体前葉分泌	1.正常 2.低下 3.亢進								
下垂体前葉分泌	1.正常 2.低下 3.亢進								

C. 検査結果

以下の内容を記入し、全て満たせる。満たせなかった項目を記入する。 1.全て満たせる 2.満たせなかった 3.不明

<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)

検査結果	1.あり 2.なし								
検査結果	1.あり 2.なし								
検査結果	1.あり 2.なし								
検査結果	1.あり 2.なし								
検査結果	1.あり 2.なし								
検査結果	1.あり 2.なし								
検査結果	1.あり 2.なし								
検査結果	1.あり 2.なし								
検査結果	1.あり 2.なし								
検査結果	1.あり 2.なし								

■ 発症と経過

発症(女性のみの)	1.あり 2.なし								
発症(女性のみの)	1.あり 2.なし								
発症(女性のみの)	1.あり 2.なし								

■ 治療その他

治療	1.あり 2.なし								
治療	1.あり 2.なし								
治療	1.あり 2.なし								
治療	1.あり 2.なし								
治療	1.あり 2.なし								
治療	1.あり 2.なし								
治療	1.あり 2.なし								
治療	1.あり 2.なし								
治療	1.あり 2.なし								
治療	1.あり 2.なし								

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する) 最も重症度の高い項目を疾患の重症度とする

重症度	1.あり 2.なし								
重症度	1.あり 2.なし								
重症度	1.あり 2.なし								
重症度	1.あり 2.なし								
重症度	1.あり 2.なし								
重症度	1.あり 2.なし								
重症度	1.あり 2.なし								
重症度	1.あり 2.なし								
重症度	1.あり 2.なし								
重症度	1.あり 2.なし								

075 クッシング病

■ 基本情報

Form for basic information including patient ID, name, birth date, sex, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

A. 主訴現況

Form for A. Main symptoms and history, including physical examination and vital signs.

Table for smoking and alcohol consumption history.

B. 検査現況

Form for B. Laboratory findings, including hormone levels and imaging studies.

<診断のカテゴリー> (該当する項目に記号を入力する)

- Diagnostic criteria with checkboxes: 1. Pituitary MRI, 2. ACTH stimulation test, 3. High-dose dexamethasone suppression test.

Form for detailed diagnostic criteria and examination methods for Cushing's disease.

Form for symptoms, signs, and special tests (C). Symptoms of hypercortisolism.

Form for D. Signs and symptoms, including physical findings and laboratory results.

Form for E. Treatment and management, including medication and surgery.

Form for F. Severity classification, based on hormone levels and clinical impact.

Form for G. Assistive device usage, detailing the use of prostheses or aids.

Form for patient identification, including name and hospital ID.

Form for patient name and ID number.

- Exclusion criteria and notes for the diagnosis category.

Form for detailed patient history, including medical history, surgery, and family history.

076 下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症

新規 更新

■ 基本情報

受診番号	性別	年齢	性別	身長
氏名(姓)	名(姓)	名(姓)	名(姓)	名(姓)
所属施設	住所			
生年月日	西暦	年	月	日
出生地(国)	性別	1.男	2.女	
出生地(市区町村)	性別	1.男	2.女	
家族歴	1. 本人 2. 兄弟姉妹 3. 両親 4. 兄弟姉妹 5. 両親 6. 兄弟姉妹 7. 兄弟姉妹 8. 兄弟姉妹 9. 兄弟姉妹 10. その他 11. その他 12. その他			
発症年月	西暦	年	月	日
生後発症	1. 乳児期 2. 幼児期 3. 小児期 4. 青年期 5. 中年期 6. 老年期			
病歴	1. 甲状腺機能亢進症 2. 糖尿病 3. 高血圧 4. 脂質異常症 5. 脳血管障害 6. がん 7. その他			
家族歴	1. 甲状腺機能亢進症 2. 糖尿病 3. 高血圧 4. 脂質異常症 5. 脳血管障害 6. がん 7. その他			

■ 診断基準に関する事項

診断 (新規)

診断時期	()
------	-----

A. 検査

検査所見 (検査前)				
身長	cm	体重	kg	
血圧	mmHg	mmHg	mmHg	
空腹血糖	mg/dL	空腹血糖	mmol/L	
検査日 (検査前)	西暦	年	月	日
検査項目	結果	検査項目	結果	検査項目
1. 小児：性ホルモン分泌亢進症	1. あり 2. なし	2. 成人男性：女性化乳房	1. あり 2. なし	
3. その他	1. あり 2. なし	4. 閉経前/後の成人女性：過少月経	1. あり 2. なし	
5. その他	1. あり 2. なし	6. その他	1. あり 2. なし	
性腺軸抑制	1. あり 2. なし	7. その他	1. あり 2. なし	
性腺軸抑制	1. あり 2. なし	8. その他	1. あり 2. なし	
二次性徴	1. あり 2. なし	9. その他	1. あり 2. なし	
男性：閉経前/後の成人女性	1. あり 2. なし	10. その他	1. あり 2. なし	

B. 検査結果

検査項目	結果	検査項目	結果	検査項目	結果
1. 検査項目	結果	2. 検査項目	結果	3. 検査項目	結果
4. 検査項目	結果	5. 検査項目	結果	6. 検査項目	結果
7. 検査項目	結果	8. 検査項目	結果	9. 検査項目	結果
10. 検査項目	結果	11. 検査項目	結果	12. 検査項目	結果

生活状況	食事	自立	歩行	認知機能	言語機能	社会生活
1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし

医師の氏名	〒	〒	〒
医師の住所	〒	〒	〒
医師の氏名	〒	〒	〒

※ 医師の氏名、住所、〒は、必ずしも記載されずとも構いません。また、医師の氏名、住所、〒は、必ずしも記載されずとも構いません。また、医師の氏名、住所、〒は、必ずしも記載されずとも構いません。

血中テストステロン(男性)	測定値	ng/mL	基準値(男)	ng/mL
血中エストロゲン(女性)	測定値	pg/mL	基準値(女)	pg/mL
2. 検査項目	結果	検査項目	結果	検査項目
3. 検査項目	結果	4. 検査項目	結果	5. 検査項目

C. 備考

以下の所見を記載し、全て除外できる。除外できない場合は記入する。
 全て除外可 一部除外可 不明
 検査項目の測定結果に記入し、記載するゴナドトロピン分泌亢進症

<診断のカテゴリー> (該当する項目に○を記入する)

確定	1. 該当	2. 非該当
疑いあり	1. 該当	2. 非該当
疑いなし	1. 該当	2. 非該当

症状の経過、経過、特記すべき事項など

症状の経過、経過、特記すべき事項など

■ 発症と経過

発症時期	1. あり 2. なし	経過	1. あり 2. なし
経過	1. あり 2. なし	経過	1. あり 2. なし

■ 治療その他

治療その他	1. あり 2. なし	経過	1. あり 2. なし
経過	1. あり 2. なし	経過	1. あり 2. なし

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に○を記入する)

重症度分類に関する事項	1. 該当	2. 非該当
重症度分類に関する事項	1. 該当	2. 非該当

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

人工呼吸器に関する事項	1. あり	経過	1. あり 2. なし
経過	1. あり 2. なし	経過	1. あり 2. なし

■ 基本情報

患者番号, 性別, 年齢, 生年月日, 家族歴, 社会保険, 病歴, 検査結果, 検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果

■ 診断基準に関する事項

診断 (新規)

A. 症状: 理方, 身長, 骨格, 合併症, 検査結果, その他

B. 検査結果: 検査項目, 検査結果

検査結果, 検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に必ず記入する) 最も重症度の高い項目を患者の重症度とする

重症度分類, 検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無, 使用開始, 使用終了, 検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果

医師署名, 医師署名, 医師署名

※本表の添付書類は、病歴記載欄に添付し、診断書に添付する。また、検査結果欄に検査結果を記載する。また、検査結果欄に検査結果を記載する。また、検査結果欄に検査結果を記載する。

検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果

<診断のカテゴリー> (該当する項目に必ず記入する)

検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果, 検査項目, 検査結果

症状の概要、経過、特記すべき事項など

症状の概要、経過、特記すべき事項など

■ 発症と経過 (新規)

発症と経過 (新規)

■ 治療その他

治療その他

