

【記載要領・

卵巣過剰刺激症候群(OHSS)】

医療費・医療手当診断書

(1)患者の氏名	○ ○ ○ ○	(2)生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 55 年 7 月 1 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	カルテ番号	10-753
測定日	R3 年 3 月 22 日	<input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女			
身長	161 cm	体重	57 kg		
(3)現住所	(〒○○○-○○○○) ※身長・体重は、(6)の医薬品を使用する前で直近の値を記入してください。 ○○県○○市○○町○○○				
(4)副作用によるものとみられる疾病の名称又は症状(注)	卵巣過剰刺激症候群 (OHSS)		(5)(4)の疾病について初めて診療した日(注)	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	3 年 4 月 3 日

(注)医薬品等の副作用によるものかどうか不明の場合等、(4)、(5)の欄は、必ずしも記入の必要はありませんが、(6)以下の欄には、使用された医薬品等、患者に発生した症状・治療等の状況の推移等について記入して下さい。

* (6) 使用された医薬品等(医薬品等の名称は販売名を記入して下さい) (注1)

区分(注2)	院外処方(注3)	医薬品等の名称(会社名)(注4)	規格単位(注5)	1日使用量(注6)	使用方法(注6)		使用期間(注6)		使用理由	使用場所(注7)
					投与(使用)経路	1日使用回数	開始日	終了日		
○		○○注射用(A社)	75単位	75単位	皮下	1回	R3. 3. 22	R3. 3. 28	調節卵巣刺激	△クリニック
○		○○注射用(A社)	150単位	150単位	皮下	1回	R3. 3. 22	R3. 3. 28	調節卵巣刺激	△クリニック
○		○○注射用(B製薬)	250μg	250μg	皮下	1回	R3. 3. 29	R3. 3. 29	卵胞成熟	△クリニック

※使用目的を具体的に記入してください。(例示)「調節卵巣刺激」、「調節卵巣刺激以外の排卵誘発」、「ホルモン補充周期形成」、「黄体補充」、「感染症治療」、「性機能障害に対するホルモン療法」、「OHSSの予防」、「OHSSの治療」、等。

※副作用によるものとみられる疾病の原因として疑われた医薬品だけでなく、それと同時期に使用されていた医薬品についても、記入してください。
※一旦中止して再度使用した場合、漸減/漸増の場合など、同じ医薬品であっても異なる用量に変更した場合は行を分けて記入してください。
※使用期間の開始日・終了日については、処方した期間ではなく、実際に使用した日にちを記入してください。開始日が不明の場合には「不明」、副作用とみられる疾病の回復後に継続された場合は「継続中」と記入し、空欄にしないでください。

※医薬品等の名称は販売名(商品名)とし、(6)の医薬品を特定できるよう剤形及び規格単位を明確に記入してください。
※使用された医薬品を具体的に特定する必要がありますので、保険薬局において先発医薬品から後発医薬品への変更等があった場合には、販売名(販売名が一般名+屋号を含む)を確認のうえ記入してください(お薬手帳のコピー等を添付していただいても結構です)。

- (注1) 使用された医薬品等(医薬品又は再生医療等製品)はすべて記入して下さい。
- (注2) 特に(4)の疾病の原因として疑われる医薬品等がある場合には、「区分」の欄に○印を記入して下さい。
- (注3) 院外処方による場合には、「院外処方」の欄に○印を記入して下さい。
- (注4) 使用された医薬品等を具体的に特定する必要がありますので、一般名処方又は後発医薬品への変更可の処方箋の場合、実際に投薬された医薬品等の販売名(販売名が一般名+屋号の場合は屋号を含む)を記入して下さい。
- (注5) 医薬品等について、規格・単位を記入して下さい。
- (注6) 上記医薬品等の使用が連日でなかった場合、又は漸減(増)療法によった場合には、「1日使用量」、「使用方法」及び「使用期間」の欄にその内容が分かるように記入して下さい。
- (注7) 上記の医薬品等について、この診断書を作成する医師が使用した場合(処方箋を交付した場合も含む。)には、「使用場所」の欄に○印を記入して下さい。また、同じ院内の他診療科で使用した場合は、診療担当科名を記入して下さい。

* (7) (6)の医薬品等を使用するに至った傷病の名称又は症状(原疾患)	不妊症	※(6)の医薬品を使用することになった原疾患名等を列記してください。不妊症の原因として多嚢胞性卵巣症候群などがあれば記入してください。
* (8) (6)の医薬品等使用時の傷病であって(7)の傷病以外のもの	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (有の場合)	
* (9) (7)及び(8)傷病についての薬剤以外の処置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 1.放射線治療 <input type="checkbox"/> 2.輸血 <input type="checkbox"/> 3.手術 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()	

*印欄については、患者が(4)の疾病について医薬品医療機器総合機構から医療費又は医療手当、障害年金又は障害児養育年金の支給を受けている場合には、記入は不要です。

(10) (6)の医薬品等を使用するに至った経緯並びにその後の経過	
〔 (4)の疾病について、医薬品医療機器総合機構から医療費又は医療手当の支給を受けている場合は、前回診断書を提出した後の経過を記入して下さい。 〕	
年 月 日	具体的に記入して下さい
① (6)の医薬品等を使用するに至った経緯	※経過を別紙に印刷し添付していただく場合には、本診断書の書式に準じて、日付ごとに記入してください。
R3. 3. 1	挙児希望のため、△クリニックを初診。体外受精を実施することとなった。
R3. 3. 29	エストラジオール値:〇〇pg/mL 卵胞成熟のため〇〇注を使用。
R3. 4. 1	採卵を実施。採卵数〇個。
R3. 4. 3	嘔気、嘔吐が強く、この周期での移植を中止し、全胚凍結保存とした。
	管理目的で当院へ紹介受診。
	※タイミング法、人工授精、体外受精か、又、胚移植実施や妊娠の有無についてもご記入ください。
	※悪性腫瘍に対する治療予定など妊孕性に影響する経過があれば併せてご記入ください。
	※原疾患の診療経過、(6)の医薬品を使用するに至った経緯等を記入してください。 ※大量投与、長期連用投与など特殊な使い方をした場合には、その経緯を記入してください。 ※前医が処方した場合は、分かる範囲で結構です。
② その後の経過(副作用によるものとみられる疾病の症状の発現までの経過及びその後の症状の経過や治療内容の概要等を記入して下さい。)	
R3. 4. 3	当院受診時、上腹部に及ぶ腹水貯留、両側卵巣腫大、低アルブミン血症、
	腎機能低下を認め、卵巣過剰刺激症候群と診断した。
	輸液等による治療開始。アルブミン投与開始。
R3. 4. 5	超音波検査施行：腹水貯留あり。卵巣腫大（右11cm、左5cm）
R3. 4. 7	腹水穿刺により腹水を抜水（〇〇mL）
R3. 4. 8	症状は改善傾向。
R3. 4. 11	自覚症状及び採血データも改善し、点滴終了。
R3. 4. 18	当院退院となる。
	※医薬品使用後の原疾患の診療経過、副作用の経過(画像検査等を含む)を記入してください。 ※副作用の経過は、治療内容の概要、転帰又は予後についても具体的に記入してください。 ※症状が急激に変化したような場合には、可能であれば経時変化について〇時〇分まで詳しく記入してください。

(注) 欄に記入しきれない場合には、適宜別紙にご記入のうえ添付して下さい。直接記入していただく代わりに、パソコン等で作成された電子ファイルを印刷し、添付していただいても結構です。

(11) 臨床検査値（生化学・血液一般・免疫学的・ウイルス学的・細菌学的検査・その他検査等の結果）

〔 (4)の疾病に関連しているものはすべて記入して下さい。また、他に異常を認められたものも記入して下さい。
 (6)の医薬品等を使った経緯が不明な場合には、患者の病状に関する検査値について記入して下さい。〕

電子カルテ・オーダーリングシステム等から印刷した検査結果や検査結果報告書のコピー等を添付していただくか、
 下表に直接記入して下さい。

① 生化学・血液一般(分画も含む)・その他の検査

検査項目	基準値範囲 (注)	単位	(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用前の検査値	(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用後の検査値			
			検査日	検査日			
			R3年 2月 14日	R3年 4月 3日	R3年 4月 5日	R3年 4月 7日	
1	WBC	4500 ~ 8000	/μL	—	21400	22200	20900
2	ALB	3.8 ~ 5.3	g/dL	—	1.8	2	2.2
3	TP	6.7 ~ 8.3	g/dL	—	3.6	3.6	3.9
4	Ht	34 ~ 42	%	—	36.5	40.4	38.2
5	AST	8 ~ 38	IU/L	—	23	16	28
6	ALT	4 ~ 44	IU/L	—	5	9	21
7	BUN	8 ~ 20	mg/dL	—	30.5	34.9	45.5
8	CRE	0.32 ~ 0.84	mg/dL	—	2.48	3.02	2.95
9	E2	~	pg/mL	14	—	—	—
10		~					
11		~					
12		~					

(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用後の検査値

	R3年 4月 11日	R3年 4月 17日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
1	9900	7100				
2	3	4.6				
3	5.1	7.4				
4	23.7	32.4				
5	25	25				
6	37	30				
7	18.8	25.4				
8	1.77	1.46				
9	—	—				
10	※副作用の経過が分かるよう、お分かりになる範囲で発現する前から症状が軽快するまでの結果をご提示ください。 ※副作用によるものとみられる疾病の症状に直接関係がない場合でも、異常値が認められていた場合には、その結果についてもご提示ください。					
11						
12						

(注) 検査を行った医療機関の臨床検査における基準値の範囲を記入して下さい。

② 免疫学的・ウイルス学的・細菌学的検査 無 ・ 有 (有の場合は下表に記入して下さい)

検査項目・方法	基準値範囲 (注1)	単位	(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用前の検査値	(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用後の検査値			
			検査日	検査日			
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

※電子カルテ・オーダーリングシステム等から印刷した検査結果や検査結果報告書のコピーなどを添付していただくか、表に直接記入してください。

(注1) 検査を行った医療機関の臨床検査における基準値の範囲を記入して下さい。

(12) 画像検査 無 ・ 有 (有の場合は下記に記入して下さい)

((4)の疾病に関連した画像検査(X線、CT、MRI、RI等)の画像を提示し、その所見等を記入して下さい。)

画像等(注2)	読影所見等(注3)
副作用発現前 (撮影日: 年 月 日) 検査名: 部位: <p style="text-align: center;">実施なし</p>	<p>※(4)の疾病の診断根拠となる画像検査や疾病に関連して実施した画像検査結果について記入してください(検査結果報告書等を添付していただくことでも結構です)。 ※異常を認めなかった場合は、検査日・検査名(超音波検査、X線、CT(HR-CTでも可)、RI等)・部位を記入の上、読影所見に「異常なし」と記入してください。 ※画像(CD等の電子媒体)をご提供ください。なお、電子媒体での提供が難しい場合は、その旨をご記入の上、フィルム又は紙に鮮明に印刷したものを添付していただくことでも結構です。</p>
副作用発現後 (撮影日: R3 年 4 月 5 日) 検査名: 超音波検査 部位: 腹部 (電子媒体、及び検査結果報告書を添付)	腹水貯留あり 卵巣腫大 (右11cm、左5cm)
<p>※副作用によるものとみられる疾病の症状に関連して、医薬品投与前後に超音波検査を実施されましたら、画像データを鮮明に印刷したもの、または画像をコピーしたCD等を添付するようお願いいたします。 特に卵胞成熟直前に実施した検査結果は、添付してください。</p>	

(注2) 画像は現像したフィルムの添付に代えて、電子媒体(CD等)や画像データの印刷でも結構です。
 なお、画像検査等を実施していない場合には「なし」と記入して下さい。

(注3) 読影所見は、検査結果報告書を添付していただいても結構です。

(注4) 欄に記入しきれない場合には、適宜別紙に記入のうえ添付して下さい。

(13) 備考(特記事項等を記入して下さい。)

・過去の副作用歴・アレルギー歴 無 ・ 不明 ・ 有

・特記すべき体質 無 ・ 不明 ・ 有

アトピー性皮膚炎

・喫煙

現在: 無 ・ 不明 ・ 有 (本/日)

過去: 開始年齢 歳 中止年齢 歳 (本/日)

その他特記事項 ()

・飲酒

現在: 無 ・ 不明 ・ 有 (種類: 量:) 毎日 ・ 毎週 ・ 時々

過去: 開始年齢 20 歳 中止年齢 歳 (種類: 量:) 毎日 ・ 毎週 ・ 時々

その他特記事項 (機会飲酒)

・参考となる家族歴 無 ・ 不明 ・ 有

・既往歴 無 ・ 不明 ・ 有

・(4)の疾病が(6)の医薬品等によるものであるとした理由:

1. ○○注の副作用として卵巣過剰刺激症候群が発生することが知られている。
2. 不妊治療中であり、○○注による卵胞成熟、採卵後から嘔気、嘔吐を認めており、臨床経過より卵巣過剰刺激症候群として矛盾しないため

※過去の副作用歴(具体的な医薬品名や症状を含む)、アレルギー歴などについて記入してください。
※特にアレルギー疾患や自己免疫性疾患については現在の状態を含めて詳しく記入してください。

※喫煙、飲酒が「有」の場合には、その量などを記入してください。

※過去にOHSSの既往がある方は必ず記入してください。

※薬剤以外にも(4)の疾病の原因が考えられる場合には、担当医師のお考えを記入してください。

上記のとおり診断します。

令和 3 年 8 月 3 日

病院又は診療所の名称

○○病院

診療担当科名

○○科

所在地

〒○○○-○○○○
○○県○○市○○町○○○○

医師氏名

○○○○

電話番号

○○○-○○○-○○○○

救済給付に関わる問い合わせ窓口

部署名

担当者名

※診断書を作成された医師以外に、同一施設内で救済給付に関わる問い合わせ窓口(医事課、薬剤部や地域連携室等)を指定される場合には、その担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。

注意

- 1 問診による身体状態と、他覚的所見とが一致しないような場合には、その旨を備考欄に記入して下さい。
- 2 画像検査に関する資料を添付される場合には、(12)の画像検査の項にその資料名を記入していただくか、備考欄に資料名を記入して下さい。
- 3 ワクチンを接種されている場合の予診票、その他参考となる資料がありましたら、備考欄にその資料名を記入し、添付して下さい。
- 4 記入しきれない場合には適宜別紙に記入のうえ添付して下さい。

5 パソコン等で作成された場合は、紙による提出と共に、電子ファイルをCD等の電子媒体へコピーしたものを添付して下さい。