

告示番号		17		内分泌疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		77 インスリノーマ						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD)		体重 (測定日)		kg ( SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)							
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症 状		全身		発汗：[ なし ・ あり ] 低血糖症状：[ なし ・ あり ] 振戦：[ なし ・ あり ]									
		精神・神経		痙攣：[ なし ・ あり ] 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]									
		その他		症状 (その他)：( )									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症 状		全身		発汗：[ なし ・ あり ] 低血糖症状：[ なし ・ あり ] 振戦：[ なし ・ あり ]									
		精神・神経		痙攣：[ なし ・ あり ] 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]									
		その他		症状 (その他)：( )									
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
負荷試験		グルカゴン負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 血糖値 (前値)：( )mg/dL 血糖値 (頂値)：( )mg/dL											
血液検査		血糖値 (空腹時)：( )mg/dL インスリン (IRI)：( )μU/mL プロインスリン：( )pmol/L ・ 未実施 プロインスリン／インスリン比 (P/I比)：( ) ・ 未実施 Cペプチド (CPR)：( )ng/mL 血清アルブミン：( )g/dL 血清Ca：( )mg/dL 血清Ca (補正值)：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL											
		低血糖時の検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 血糖値 (低血糖時)：( )mg/dL インスリン (IRI)：( )μU/mL プロインスリン：( )pmol/L ・ 未実施											
画像検査		超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )											
		CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )											
		血管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )											
		内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
		画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：( )											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号17

内分泌疾患（ ） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

2/2

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載									
血液検査	血糖値（空腹時）：（ ）mg/dL		インスリン（IRI）：（ ）μU/mL		プロインスリン：（ ）pmol/L ・ 未実施				
	プロインスリン／インスリン比（P／I比）：（ ） ・ 未実施		Cペプチド（CPR）：（ ）ng/mL		血清Ca（補正值）：（ ）mg/dL				
	血清アルブミン：（ ）g/dL		血清Ca：（ ）mg/dL		intact PTH：（ ）pg/mL				
	低血糖時の検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		インスリン（IRI）：（ ）μU/mL		プロインスリン：（ ）pmol/L ・ 未実施				
	血糖値（低血糖時）：（ ）mg/dL								
画像検査	超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ）						
	部位：（ ）								
	所見：（ ）								
	CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ）						
	部位：（ ）								
	所見：（ ）								
	血管造影：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ）						
	部位：（ ）								
	所見：（ ）								
	内視鏡検査（消化管）：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ）						
	所見：（ ）								
	画像検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ）						
	部位：（ ）								
	所見：（ ）								
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ ）								
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載									
合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：（ ）								
経過（申請時） ※直近の状況を記載									
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 詳細：（ ）								
	機能抑制療法：[ なし ・ あり ] 詳細：（ ）								
	薬物療法（その他）：（ ）								
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ） 術式：（ ）								
治療	治療（その他）：（ ）								
今後の治療方針	今後の治療方針：（ ）								
	治療見込み期間（入院）	開始日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ）	終了日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ）	治療見込み期間（外来）	開始日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ）	終了日：（ ）年（ ）月（ ）日（ ）	通院頻度（ ）回／月		
医療機関・医師署名									
上記の通り診断します。									
医療機関名				記載年月日		年（ ）月（ ）日			
医療機関住所				診療科					
				医師名				(印)	
				小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）					