

告示番号		19		内分泌疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										1/2			
病名		79 77及び78に掲げるもののほか、高インスリン血性低血糖症 (具体的な疾病名：)										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (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 (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 Cペプチド (CPR)：()ng/mL							
		プロインスリン／インスリン比 (P/I比)：() ・ 未実施 インスリン抗体結合率：()%															
		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 Cペプチド (CPR)：()ng/mL							
		プロインスリン／インスリン比 (P/I比)：()・未実施															
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)											
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)：()															
栄養管理		経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む)：[なし ・ あり]															
手術		脾切除術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				実施日：(年 月 日)											
		胃バイパス術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				実施日：(年 月 日)											
		胃食道逆流術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				実施日：(年 月 日)											
		手術 (その他)：[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															

受給者番号() 患者氏名()

告示番号 19

内分泌疾患

(

年度

小児慢性特定疾病 医療意見書 〈継続申請用〉

2/2

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

8

医療機関住所

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 (

$$(\exists \mathcal{P})$$