

告示番号		1		糖尿病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		1 1型糖尿病						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													
身体所見		腹囲 (臍囲) : ( ) cm 肥満度 : ( ) %											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査		尿蛋白 (定性) : [ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ] 尿中ケトン体 (定性) : [ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ]											
血液検査		血糖値 (空腹時) : ( ) mg/dL				血糖値 (随時) : ( ) mg/dL							
		HbA <sub>1c</sub> : ( ) %				グリコアルブミン : ( ) %							
		Cペプチド (CPR) : ( ) ng/mL				採血タイミング : [ 空腹時 ・ 食後 ]							
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 (糖尿病)		網膜症 : [ なし ・ あり ] 病期 : [ 単純性 ・ 前増殖性 ・ 増殖性 ]											
		腎症 : [ なし ・ あり ] 病期 : [ 微量アルブミン尿 ・ 持続性蛋白尿 ・ 透析治療中 ] 微量アルブミン尿 : ( ) mg/gCre											
		神経障害 (アキレス腱反射の低下) : [ なし ・ あり ]											
		糖尿病ケトアシドーシス : [ なし ・ あり ] 過去1年間の回数 : ( ) 回/年 重症低血糖 : [ なし ・ あり ] 過去1年間の回数 : ( ) 回/年											
合併症		合併症 (その他) : ( )											
家族歴		糖尿病の家族歴 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細 : ( )											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法		インスリン療法 : [ なし ・ あり ] 注射法 : [ 頻回注射法 ・ CSII (Continuous subcutaneous insulin infusion) ・ SAP (Sensor augmented pump) ・ 従来法 (3回/日以下) ] インスリン総投与量 : ( ) 単位/日 インスリン製剤名① : ( ) インスリン製剤名② : ( ) インスリン製剤名③ : ( ) インスリン製剤名④ : ( )											
		経口血糖降下薬 : SU 剤 : [ なし ・ あり ] メトホルミン : [ なし ・ あり ] α-GI : [ なし ・ あり ] DPP-4阻害薬 : [ なし ・ あり ] SGLT2阻害薬 : [ なし ・ あり ]											
		経口血糖降下薬 (その他) :											
		使用製剤名① : ( ) 使用製剤名② : ( ) 使用製剤名③ : ( ) 使用製剤名④ : ( ) 使用製剤名⑤ : ( )											

受給者番号 ( ) 患者氏名 ( ) 2021a-001

告示番号	1	糖尿病 ( ) 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
薬物療法	糖尿病治療薬：GLP-1アナログ：[ なし ・ あり ]			
	糖尿病治療薬（IGF-1、メトレプレチン、GLP-1アナログ、その他の注射薬等）：			
	使用製剤名①：( )			)
	使用製剤名②：( )			)
薬物療法	薬物療法（その他）：			
	使用製剤名①：( )			)
	使用製剤名②：( )			)
	使用製剤名③：( )			)
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		
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		