

病名	76 グルカゴノーマ			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	治療 ・ 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

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	全身倦怠感: [なし ・ あり] 口渇: [なし ・ あり]	食欲不振: [なし ・ あり] 正色索性貧血: [なし ・ あり]	体重減少: [なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐: [なし ・ あり]	腹痛: [なし ・ あり]	腹部腫瘍: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮疹: [なし ・ あり]	口内炎・舌炎: [なし ・ あり]	
	その他	低アミノ酸血症: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()		

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

症状	全身	全身倦怠感: [なし ・ あり] 口渇: [なし ・ あり]	食欲不振: [なし ・ あり] 正色索性貧血: [なし ・ あり]	体重減少: [なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐: [なし ・ あり]	腹痛: [なし ・ あり]	腹部腫瘍: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮疹: [なし ・ あり]	口内炎・舌炎: [なし ・ あり]	
	その他	低アミノ酸血症: [なし ・ あり] 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

血液検査	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	HbA _{1c} : ()%	グルカゴン: ()ng/mL
	血糖値 (随時): ()mg/dL	血糖値 (空腹時): ()mg/dL	
画像検査	CTまたはMRI検査: [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)	
	部位: ()		
	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): ()
------------	-----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	血清アルブミン: ()g/dL	HbA _{1c} : ()%	グルカゴン: ()pg/mL
	血糖値 (随時): ()mg/dL	血糖値 (空腹時): ()mg/dL	
画像検査	CTまたはMRI検査: [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)	
	部位: ()		
	所見: ()		

告示番号 15 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

画像検査	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	糖尿病: [なし ・ あり] 耐糖能低下: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()
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 ()