

病名	76 グルカゴノーマ					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		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	全身倦怠感: [なし ・ あり]			食欲不振: [なし ・ あり]			体重減少: [なし ・ あり]			
		口渇: [なし ・ あり]			正色索性貧血: [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 (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: ()							
	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
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

(印)