

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		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								
画像検査	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						
	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)		部位: ()		所見: ()						
検査所見 (その他)	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 (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 血清アルブミン : () g/dL 血清Ca : () mg/dL Cペプチド (CPR) : () ng/mL intact PTH : () pg/mL 血清Ca (補正值) : () mg/dL
	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) : ()
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()