

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 (継続申請用)		1/2	
病名	77 インスリノーマ							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			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								
	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										
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: ()													
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 ()