

告示番号		18		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	78 先天性高インスリン血症							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 )											
血液検査	血糖値 (前値): ( ) mg/dL			血糖値 (頂値): ( ) mg/dL											
	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					
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			Cペプチド (CPR): ( ) ng/mL		
	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )											
画像検査	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: ( )														
画像検査	血管造影: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )											
	部位: ( )														
画像検査	所見: ( )														
	内視鏡検査 (消化管): [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )											
画像検査	部位: ( )														
	所見: ( )														
画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )														
	部位: ( )														
画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]	所見: ( )														
	部位: ( )														
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )											
	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 Cペプチド (CPR) : ( ) ng/mL
	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 プロインスリン/インスリン比 (P/I比) : ( ) ・ 未実施 Cペプチド (CPR) : ( ) ng/mL
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日 : (      年      月      日 ) 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 (      )