

告示番号		19		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	79 77及び78に掲げるもののほか、高インスリン血性低血糖症 (具体的な疾病名:)					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		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					
	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					
	インスリン抗体結合率:()%									
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			
	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					
	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:()										
遺伝学的検査	遺伝子検査:[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 インスリン抗体結合率 : () %
	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) : ()
栄養管理	経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む) : [なし ・ あり]
手術	膵切除術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 胃バイパス術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 胃食道逆流術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
	手術 (その他) : [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 ()