

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 (継続申請用)		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"/> 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	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		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/インスリン比(P/I比):( )		未実施		プロインスリン:( )pmol/L・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 )				
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

受給者番号 ( ) 患者氏名 ( )

2021a-001

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〈継続申請用〉

**2/2**

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 ( )