

病名	1 1型糖尿病										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													
身体所見	腹囲 (臍囲) : () cm												
診断	診断の契機: 学校検尿で発見: [いいえ ・ はい]												
症状 (内分泌・代謝)	糖尿病ケトアシドーシス: [なし ・ あり]												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
身体所見	腹囲 (臍囲) : () cm						肥満度: () %						
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													
尿検査	尿中Cペプチド (CPR) : () μg/day												
血液検査	総コレステロール: () mg/dL			トリグリセリド: () mg/dL			HDLコレステロール: () mg/dL						
	LDLコレステロール: () mg/dL			血糖値 (空腹時): () mg/dL			血糖値 (随時): () mg/dL			HbA _{1c} : () %			
	グリコアルブミン: () %			βヒドロキシ酪酸 (3-ヒドロキシ酪酸): () μmol/L									
	インスリン (IRI): () μU/mL			採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]			採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]						
	Cペプチド (CPR): () ng/mL			GAD抗体: () U/mL ・ 未実施			判定: [陰性 ・ 陽性]			判定: [陰性 ・ 陽性]			
IA-2抗体: () U/mL ・ 未実施			膵島関連自己抗体 (その他): ()										
負荷試験	経口ブドウ糖負荷試験 (OGTT): [未実施 ・ 実施] OGTT未実施の理由: () 血糖値 (前値): () mg/dL 血糖値 (2時間値): () mg/dL												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査	尿蛋白 (定性): [- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+]						尿中ケトン体 (定性): [- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+]						
血液検査	血糖値 (空腹時): () mg/dL			血糖値 (随時): () mg/dL			グリコアルブミン: () %						
	HbA _{1c} : () %			Cペプチド (CPR): () ng/mL						採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]			
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 (糖尿病)	網膜症: [なし ・ あり]						病期: [単純性 ・ 前増殖性 ・ 増殖性]						
	腎症: [なし ・ あり]						病期: [微量アルブミン尿 ・ 持続性蛋白尿 ・ 透析治療中]			微量アルブミン尿: () mg/gCre			
	神経障害 (アキレス腱反射の低下): [なし ・ あり]												
	糖尿病ケトアシドーシス: [なし ・ あり]			過去1年間の回数: () 回/年			重症低血糖: [なし ・ あり]			過去1年間の回数: () 回/年			

告示番号 1 糖尿病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

合併症 合併症 (その他): ()

家族歴 糖尿病の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]
詳細: ()

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

インスリン療法: [なし ・ あり]
注射法: [頻回注射法 ・ CSII (Continuous subcutaneous insulin infusion) ・ SAP (Sensor augmented pump) ・ 従来法 (3回/日以下)]
インスリン総投与量: () 単位/日
インスリン製剤名①: ()
インスリン製剤名②: ()
インスリン製剤名③: ()
インスリン製剤名④: ()

経口血糖降下薬: SU剤: [なし ・ あり] メトホルミン: [なし ・ あり] α-GI: [なし ・ あり]
DPP-4阻害薬: [なし ・ あり] SGLT2阻害薬: [なし ・ あり]

薬物療法 経口血糖降下薬 (その他):
使用製剤名①: ()
使用製剤名②: ()
使用製剤名③: ()
使用製剤名④: ()
使用製剤名⑤: ()

糖尿病治療薬: GLP-1アナログ: [なし ・ あり]

糖尿病治療薬 (IGF-1、メトレプレチン、GLP-1アナログ、その他の注射薬等):
使用製剤名①: ()
使用製剤名②: ()

薬物療法 (その他):
使用製剤名①: ()
使用製剤名②: ()
使用製剤名③: ()

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 (印)
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()