

病名	<b>2 2型糖尿病</b>										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 <sub>1c</sub> : ( ) %			
	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 ]			Cペプチド (CPR): ( ) ng/mL			採血タイミング: [ 空腹時 ・ 食後 ]			
	GAD抗体: ( ) U/mL ・ 未実施			判定: [ 陰性 ・ 陽性 ]			IA-2抗体: ( ) U/mL ・ 未実施			判定: [ 陰性 ・ 陽性 ]			
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									
	HbA <sub>1c</sub> : ( ) %			グリコアルブミン: ( ) %									
	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			

