

病名	<b>2 2型糖尿病</b>					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	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			
<b>臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載</b>											
身体所見	腹囲(臍囲):( )cm					肥満度:( )%					
<b>検査所見(申請時) ※直近の状況を記載</b>											
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):( )										
<b>その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載</b>											
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 ]					
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:( )										
<b>経過(申請時) ※直近の状況を記載</b>											
薬物療法	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 ]								
	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:( )									

薬物療法	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 ( )