

告示番号		6		糖尿病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2			
病名	2 2型糖尿病			受給者番号		受診日	年	月	日	受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
ふりがな						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)									
氏名									性別		男・女・性別未決定				
(Alphabet)															
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢		歳	か	月	日						
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			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															
身体所見	腹囲(臍囲):()cm			肥満度:()%											
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 _{1c} :()%			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						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(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					
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															
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:()		
	使用製剤名⑥:()			使用製剤名⑦:()			使用製剤名⑧:()			使用製剤名⑨:()			使用製剤名⑩:()		

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)：	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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	