

告示番号		4		糖尿病 ( ) 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2			
病名	3 若年発症成人型糖尿病 (MODY)					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		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											
病型	病型分類 (MODY) : [ MODY1 ・ MODY2 ・ MODY3 ・ MODY4 ・ MODY5 ・ その他 ] 病型 (その他) : ( )										
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											
病型	病型分類 (MODY) : [ MODY1 ・ MODY2 ・ MODY3 ・ MODY4 ・ MODY5 ・ その他 ] 病型 (その他) : ( )										
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		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		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		IA-2抗体 : ( ) U/mL ・ 未実施		採血タイミング : [ 空腹時 ・ 食後 ]							
判定 : [ 陰性 ・ 陽性 ]		判定 : [ 陰性 ・ 陽性 ]		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) : ( )										

告示番号 <b>4</b> 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		
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: ( )				
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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			