

| 告示番号 | | 5 | | 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 | 4 新生児糖尿病 | | | | | | | | 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 | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 症状 | 全身 | 哺乳力低下: [なし ・ あり] | | | | 体重増加不良: [なし ・ あり] | | | | | | | |
| | 内分泌・代謝 | 糖尿病ケトアシドーシス: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 精神・神経 | 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] てんかん: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| 臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 身体所見 | 肥満度: () % | | | | | | | | | | | | |
| 症状 | 全身 | 哺乳力低下: [なし ・ あり] | | | | 体重増加不良: [なし ・ あり] | | | | | | | |
| | 内分泌・代謝 | 糖尿病ケトアシドーシス: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 精神・神経 | 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] てんかん: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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] | | | | | | | | | |
| | 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): () | | | | | | | | | | | | | |
| 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 (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) | | | | | | | | | |
| 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: () | | | |
| 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 () | |