

病名	<b>4 新生児糖尿病</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		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 <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): ( )									
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 (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 )						
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: ( )			
	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 ( \_\_\_\_\_ )