

病名	4 新生児糖尿病					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		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	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 (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]								

告示番号	5	糖尿病 ()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/2
薬物療法	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
医療機関住所					年 月 日
				診療科	
				医師名	(印)
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()