

<b>告示番号</b>	<b>2</b>	<b>糖尿病</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	<b>5 インスリン受容体異常症</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		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														
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	全身	低血糖症状: [ なし ・ あり ] 易疲労性: [ なし ・ あり ] 成長障害: [ なし ・ あり ] 多飲: [ なし ・ あり ]												
	内分泌・代謝	糖尿病ケトアシドーシス: [ なし ・ あり ] 乳房腫大 (女児): [ なし ・ あり ] 外陰部肥大 (女児): [ なし ・ あり ] 陰茎肥大 (男児): [ なし ・ あり ]												
	腎・泌尿器	多尿: [ なし ・ あり ] 腎石灰化: [ なし ・ あり ]												
	呼吸器・循環器	心肥大: [ なし ・ あり ]												
	筋・骨格	骨格異常: [ なし ・ あり ]												
	皮膚・粘膜	黒色表皮腫: [ なし ・ あり ] 多毛症: [ なし ・ あり ] 皮下脂肪減少: [ なし ・ あり ]												
	その他	妖精症様顔貌: [ なし ・ あり ] 歯牙異常: [ なし ・ あり ] 歯牙早発: [ なし ・ あり ] 軟部組織肥大: [ なし ・ あり ] 松果体腫大: [ なし ・ あり ] 多嚢胞性卵巣: [ なし ・ あり ] 膠原病症状: [ なし ・ あり ]												
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: ( ) %													
症状	全身	低血糖症状: [ なし ・ あり ] 易疲労性: [ なし ・ あり ] 成長障害: [ なし ・ あり ] 多飲: [ なし ・ あり ]												
	内分泌・代謝	乳房腫大 (女児): [ なし ・ あり ] 外陰部肥大 (女児): [ なし ・ あり ] 陰茎肥大 (男児): [ なし ・ あり ]												
	腎・泌尿器	多尿: [ なし ・ あり ] 腎石灰化: [ なし ・ あり ]												
	呼吸器・循環器	心肥大: [ なし ・ あり ]												
	筋・骨格	骨格異常: [ なし ・ あり ]												
	皮膚・粘膜	黒色表皮腫: [ なし ・ あり ] 多毛症: [ なし ・ あり ] 皮下脂肪減少: [ なし ・ あり ]												
	その他	妖精症様顔貌: [ なし ・ あり ] 歯牙異常: [ なし ・ あり ] 歯牙早発: [ なし ・ あり ] 軟部組織肥大: [ なし ・ あり ] 松果体腫大: [ なし ・ あり ] 多嚢胞性卵巣: [ なし ・ あり ] 膠原病症状: [ 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 尿糖値 (空腹時) : ( ) g/dL 尿糖値 (随時) : ( ) g/dL													
血液検査	抗核抗体: ( ) 倍 ・ 未実施		抗DNA抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]											
	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		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): ( )														

告示番号 **2** 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**

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		
インスリン抵抗性検査	インスリン結合能検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]      インスリン結合能低下 : [ なし ・ あり ] 検体採取部位 : [ 血液細胞 ・ 脂肪細胞 ・ 培養線維芽細胞 ]      抗インスリン受容体抗体 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]		
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+ ] 尿糖値 (空腹時) : ( )g/dL      尿糖値 (随時) : ( )g/dL		
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 : ( )%		
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 : ( )		
出生歴	子宮内発育遅延 : [ なし ・ あり ]		
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 ( )		