

病名	<b>5 インスリン受容体異常症</b>					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	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				
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>														
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 (女兒) : [ なし ・ あり ]			外陰部肥大 (女兒) : [ 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 ]							
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>														
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 )								
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ( )													
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>														
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 (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 (			)