

告示番号		2		糖尿病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
病名	5 インスリン受容体異常症								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				
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 (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 _{1c} : () %			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) : ()												
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]												
合併症	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 医療機関住所	記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()