

告示番号		3		糖尿病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	6 脂肪萎縮性糖尿病								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													
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 (内分泌・代謝)	糖尿病ケトアシドーシス: [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: () %												
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	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 _{1c} : () %			
	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): ()												
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									
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)						
	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			

告示番号 **3** 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**

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、メトレプレテン、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 ()		