

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
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)	
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県 () 市区町村 ()					
出生体重	g		出生週数		在胎 週 日	
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%
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	治療 ・ 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						
最終受診日	(年 月 日)					
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) : () μ g/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		HbA _{1c} : ()%	
	血糖値 (随時) : ()mg/dL		グリコアルブミン : ()%			
	βヒドロキシ酪酸 (3-ヒドロキシ酪酸) : () μ mol/L					
血液検査	インスリン (IRI) : () μ U/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			
合併症	合併症 (その他) : ()					

