

病名	<b>6 脂肪萎縮性糖尿病</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		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 <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): ( )							
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 <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						

**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: ( )			
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>				
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
<b>医療機関・医師署名</b>				
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 (      )			