

病名	6 脂肪萎縮性糖尿病					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 : () %							
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]							
	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 : ()							
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 : ()								

薬物療法	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

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 ()