

告示番号		3		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	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 → ()				
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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
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)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%						
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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) : [- ・ 土 ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+]						尿中ケトン体 (定性) : [- ・ 土 ・ 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]						
	神経障害 (アキレス腱反射の低下) : [なし ・ あり]						微量アルブミン尿 : () mg/gCre						
	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						
合併症	重症低血糖 : [なし ・ あり]						過去1年間の回数 : () 回/年						
	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 : ()													
薬物療法	経口血糖降下薬 : SU剤 : [なし ・ あり]						メトホルミン : [なし ・ あり]						
	DPP-4阻害薬 : [なし ・ あり]						α-GI : [なし ・ あり]						
薬物療法	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 : ()													

告示番号	3	糖尿病 () 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/2
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			
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 ()			
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
医療機関所在地		診断年月日	年	月 日
電話番号		診療科		
		医師名		
		小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
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