

病名	7 1から6までに掲げるもののほか、糖尿病 (具体的な疾病名:)					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	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 (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+]					
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	Cペプチド (CPR): () ng/mL			採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]							
	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								
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: ()										
	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 ()