

告示番号		19		内分泌疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3		
病名		79 77及び78に掲げるもののほか、高インスリン血性低血糖症								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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI				
										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														
具体的な疾病名		( )						最終受診日		( 年 月 日 )				
症状		全身		発汗：[ なし ・ あり ] 低血糖症状：[ なし ・ あり ] 振戦：[ なし ・ あり ]										
		精神・神経		痙攣：[ なし ・ あり ] 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]										
		その他		症状 (その他)：( )										
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
症状		全身		発汗：[ なし ・ あり ] 低血糖症状：[ なし ・ あり ] 振戦：[ なし ・ あり ]										
		精神・神経		痙攣：[ なし ・ あり ] 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]										
		その他		症状 (その他)：( )										
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														
負荷試験		グルカゴン負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 血糖値 (前値)：( )mg/dL 血糖値 (頂値)：( )mg/dL												
血液検査		血糖値 (空腹時)：( )mg/dL インスリン (IRI)：( )μU/mL プロインスリン：( )pmol/L ・ 未実施 プロインスリン/インスリン比 (P/I比)：( ) ・ 未実施 Cペプチド (CPR)：( )ng/mL インスリン抗体結合率：( )%												
		低血糖時の検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 血糖値 (低血糖時)：( )mg/dL インスリン (IRI)：( )μU/mL プロインスリン：( )pmol/L ・ 未実施 プロインスリン/インスリン比 (P/I比)：( ) ・ 未実施 Cペプチド (CPR)：( )ng/mL												
画像検査		超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )												
		CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )												
		血管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )												
		内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )												
		画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )												
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)：( )												



