

告示番号		18		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〉		1/2		
病名		78 先天性高インスリン血症								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														
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												
		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)：()												

