

告示番号		6		糖尿病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2				
病名		2 2型糖尿病								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)				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 )														
身体所見		腹囲 (臍囲) : ( )cm														
診断		診断の契機 : 学校検尿で発見 : [ いいえ ・ はい ]														
症状 (内分泌・代謝)		糖尿病ケトアシドーシス : [ なし ・ あり ]														
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 (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																
尿検査		尿中Cペプチド (CPR) : ( )μg/day														
血液検査		総コレステロール : ( )mg/dL				トリグリセリド : ( )mg/dL				HDLコレステロール : ( )mg/dL						
		LDLコレステロール : ( )mg/dL				血糖値 (随時) : ( )mg/dL				HbA <sub>1c</sub> : ( )%						
		血糖値 (空腹時) : ( )mg/dL				グリコアルブミン : ( )%				βヒドロキシ酪酸 (3-ヒドロキシ酪酸) : ( )μmol/L						
		インスリン (IRI) : ( )μU/mL				採血タイミング : [ 空腹時 ・ 食後 ]										
		Cペプチド (CPR) : ( )ng/mL				採血タイミング : [ 空腹時 ・ 食後 ]										
GAD抗体 : ( )U/mL・未実施		判定 : [ 陰性 ・ 陽性 ]														
		IA-2抗体 : ( )U/mL・未実施				判定 : [ 陰性 ・ 陽性 ]										
膵島関連自己抗体 (その他) : ( )																
負荷試験		経口ブドウ糖負荷試験 (OGTT) : [ 未実施 ・ 実施 ] OGTT未実施の理由 : ( ) 血糖値 (前値) : ( )mg/dL 血糖値 (2時間値) : ( )mg/dL														
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 <sub>1c</sub> : ( )%				グリコアルブミン : ( )%										
		Cペプチド (CPR) : ( )ng/mL				採血タイミング : [ 空腹時 ・ 食後 ]										
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 ] DPP-4阻害薬：[ なし ・ あり ]		メトホルミン：[ なし ・ あり ] SGLT2阻害薬：[ なし ・ あり ]		$\alpha$ -GI：[ 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：（ ）					
	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 （      ）			

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