

告示番号		3		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		6 脂肪萎縮性糖尿病								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				尿糖値 (空腹時) : ()g/dL				尿糖値 (随時) : ()g/dL					
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 _{1c} ：()%					
		血糖値 (空腹時)：()mg/dL				βヒドロキシ酪酸 (3-ヒドロキシ酪酸)：()μmol/L									
		グリコアルブミン：()%													
血液検査		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]									
血液検査		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+] 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				グリコアルブミン：()%					
血液検査		HbA _{1c} ：()%													
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)：()													

