

告示番号	1	糖尿病	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/3
病名	1 1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)	
		年 月 日		年 月 日	BMI	%
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) : () μ g/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 _{1c} : ()%	
	血糖値 (空腹時): ()mg/dL		グリコアルブミン: ()%			
	グリコアルブミン: ()%		β ヒドロキシ酪酸 (3-ヒドロキシ酪酸): () μ mol/L			
血液検査	インスリン (IRI): () μ U/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 _{1c} : ()%		グリコアルブミン: ()%			
血液検査	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				

告示番号 1 糖尿病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/3
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] 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: ()	
	糖尿病治療薬: GLP-1アナログ: [なし ・ あり]	
	糖尿病治療薬 (IGF-1、メトレプレテン、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 ()	

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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

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)	
		年 月 日		年 月 日	BMI	%
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) : () μ g/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 (空腹時):	()mg/dL	HbA _{1c} :	()%
	血糖値 (随時):	()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):	() μ mol/L
	インスリン (IRI):	() μ U/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 _{1c} :	()%	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				

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) **2/2**

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] 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: ()		
	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	()	

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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

告示番号		4		糖尿病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3	
病名	3 若年発症成人型糖尿病 (MODY)					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		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)						
病型	病型分類 (MODY): [MODY1 ・ MODY2 ・ MODY3 ・ MODY4 ・ MODY5 ・ その他] 病型 (その他): ()						
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							
病型	病型分類 (MODY): [MODY1 ・ MODY2 ・ MODY3 ・ MODY4 ・ MODY5 ・ その他] 病型 (その他): ()						
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): () μ g/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 (空腹時): ()mg/dL		血糖値 (随時): ()mg/dL		HbA _{1c} : ()%
	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): () μ mol/L		
	インスリン (IRI): () μ U/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 _{1c} : ()%		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) 所見: ()						
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()						

告示番号 4 糖尿病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/3		
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]		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: ()				
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 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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

告示番号	5	糖尿病	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/3
病名	4 新生児糖尿病				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)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%
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	哺乳力低下: [なし ・ あり]		体重増加不良: [なし ・ あり]		
	内分泌・代謝	糖尿病ケトアシドーシス: [なし ・ あり]				
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] てんかん: [なし ・ あり]				
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
身体所見	肥満度: ()%					
症状	全身	哺乳力低下: [なし ・ あり]		体重増加不良: [なし ・ あり]		
	内分泌・代謝	糖尿病ケトアシドーシス: [なし ・ あり]				
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] てんかん: [なし ・ あり]				
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	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: () %	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): ()					
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 (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: () %				
	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)			
	所見: ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()					

告示番号 5 糖尿病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/3	
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] 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: ()		
	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: ()	
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 ()		

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

告示番号 5 糖尿病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		3/3
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	

告示番号		2		糖尿病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3	
病名	5 インスリン受容体異常症							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)			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	全身	低血糖症状: [なし ・ あり]			易疲労性: [なし ・ あり]			成長障害: [なし ・ あり]			多飲: [なし ・ あり]		
	内分泌・代謝	糖尿病ケトアシドーシス: [なし ・ あり]			乳房腫大 (女児): [なし ・ あり]			外陰部肥大 (女児): [なし ・ あり]			陰茎肥大 (男児): [なし ・ あり]		
	腎・泌尿器	多尿: [なし ・ あり]			腎石灰化: [なし ・ あり]								
	呼吸器・循環器	心肥大: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	骨格異常: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	黒色表皮腫: [なし ・ あり]			多毛症: [なし ・ あり]			皮下脂肪減少: [なし ・ あり]					
	その他	妖精症様顔貌: [なし ・ あり]			歯牙異常: [なし ・ あり]			歯牙早発: [なし ・ あり]			軟部組織肥大: [なし ・ あり]		
	松果体腫大: [なし ・ あり]			多嚢胞性卵巣: [なし ・ あり]			膠原病症状: [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: ()%										
症状	全身	低血糖症状: [なし ・ あり]			易疲労性: [なし ・ あり]			成長障害: [なし ・ あり]			多飲: [なし ・ あり]		
	内分泌・代謝	乳房腫大 (女児): [なし ・ あり]			外陰部肥大 (女児): [なし ・ あり]			陰茎肥大 (男児): [なし ・ あり]					
	腎・泌尿器	多尿: [なし ・ あり]			腎石灰化: [なし ・ あり]								
	呼吸器・循環器	心肥大: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	骨格異常: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	黒色表皮腫: [なし ・ あり]			多毛症: [なし ・ あり]			皮下脂肪減少: [なし ・ あり]					
	その他	妖精症様顔貌: [なし ・ あり]			歯牙異常: [なし ・ あり]			歯牙早発: [なし ・ あり]			軟部組織肥大: [なし ・ あり]		
	松果体腫大: [なし ・ あり]			多嚢胞性卵巣: [なし ・ あり]			膠原病症状: [なし ・ あり]						
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	抗核抗体: ()倍 ・ 未実施			抗DNA抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]									
	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 (空腹時): ()mg/dL			血糖値 (随時): ()mg/dL			HbA _{1c} : ()%						
	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): ()													

告示番号 **2** 糖尿病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

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		
インスリン抵抗性検査	インスリン結合能検査 : [未実施 ・ 実施] インスリン結合能低下 : [なし ・ あり] 検体採取部位 : [血液細胞 ・ 脂肪細胞 ・ 培養線維芽細胞] 抗インスリン受容体抗体 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]		
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 (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 HbA _{1c} : ()% グリコアルブミン : ()%		
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) : ()		
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 : ()		
出生歴	子宮内発育遅延 : [なし ・ あり]		
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 : ()		
	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 ()		

告示番号	2	糖尿病	()	年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	3/3
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 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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

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)	
		年 月 日			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)					
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) : () μ g/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 (空腹時): ()mg/dL	HbA _{1c} : ()%		
	血糖値 (随時): ()mg/dL		β ヒドロキシ酪酸 (3-ヒドロキシ酪酸): () μ mol/L			
	グリコアルブミン: ()%					
血液検査	インスリン (IRI) : () μ U/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+]		
	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			
	HbA _{1c} : ()%		グリコアルブミン: ()%			
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): ()					
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): ()					

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)	2/2
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: ()			
	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 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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

告示番号	7	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	7 1から6までに掲げるもののほか、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)	
		年 月 日		年 月 日	BMI	%
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)	
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 _{1c} : ()%	
	血糖値 (空腹時): ()mg/dL		グリコアルブミン: ()%			
	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			
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]			
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 _{1c} : ()%		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)			
	所見: ()					
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]					
合併症	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] 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：()		
	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 ()	

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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