

病名	3 若年発症成人型糖尿病（MODY）						受付種別	<div><input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）</div>						
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) (姓名)					以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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		治癒 ・ 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（申請時） ※直近の状況を記載														
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 肥満度 : ( )%												
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 HbA <sub>1c</sub> : ( )%				血糖値(随時) : ( )mg/dL 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 ]												
		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 ]				α-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 : ( )												

薬物療法	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	