

告示番号		7		糖尿病		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		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		<div><input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名</div> <div><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)				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 (申請時) ※直近の状況を記載													
具体的な疾病名		( )						最終受診日		( 年 月 日 )			
身体所見		腹囲 (臍囲) : ( )cm 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				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 ] 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 : ( )											

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：（ ）									
治療	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