

告示番号		5		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		4 新生児糖尿病						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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) 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													
最終受診日		( 年 月 日 )											
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 (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 ]							

