

告示番号		1		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	1 1型糖尿病							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)			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 (申請時) ※直近の状況を記載														
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 : ( ) %										
遺伝学的検査	Cペプチド (CPR) : ( ) ng/mL			採血タイミング : [ 空腹時 ・ 食後 ]										
	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										
合併症	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 : ( )										

告示番号	1	糖尿病 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/2
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 ( )	

・ 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 (継続申請用)		1/2	
病名	2 2型糖尿病							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)			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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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 : ( ) %									
遺伝学的検査	Cペプチド (CPR) : ( ) ng/mL			採血タイミング : [ 空腹時 ・ 食後 ]									
	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									
合併症	重症低血糖 : [ なし ・ あり ]			過去1年間の回数 : ( ) 回/年									
	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 : ( )												

告示番号	6	糖尿病 ( ) 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/2
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 ( )		

・ 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 (継続申請用)		1/2	
病名	3 若年発症成人型糖尿病 (MODY)			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)		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		血糖値 (随時): ( )mg/dL				
	HbA <sub>1c</sub> : ( )%		グリコアルブミン: ( )%				
遺伝学的検査	Cペプチド (CPR): ( )ng/mL		採血タイミング: [ 空腹時 ・ 食後 ]				
	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				
合併症	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: ( )						

告示番号	4	糖尿病 ( ) 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/2
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 ( )		

・ 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 (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)		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 (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 ]				

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)	2/2
薬物療法	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	2	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	5 インスリン受容体異常症				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)		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 )					
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 (女兒) : [ なし ・ あり ] 外陰部肥大 (女兒) : [ 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 (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 <sub>1c</sub> : ( )%		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 )			
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 (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		3		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	6 脂肪萎縮性糖尿病							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)			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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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+ ]							
	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 <sub>1c</sub> : ( )%			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 )							
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							
合併症	重症低血糖 : [ なし ・ あり ]					過去1年間の回数 : ( )回/年							
	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 : ( )													
薬物療法	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 : ( )													

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

・ 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 (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	<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)				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 (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) : [ - ・ 土 ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ]					尿中ケトン体 (定性) : [ - ・ 土 ・ 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 )										
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 ]		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 : ( )													

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)	2/2
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 ( )		

・ 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