

病名	1 1型糖尿病										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号					受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢			歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村						
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	%					
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日										
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 ()													
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 (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														
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 (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): ()														
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			グリコアルブミン: () %							
	HbA _{1c} : () %			Cペプチド (CPR): () ng/mL										
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)** **2/2**

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
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	
医療機関住所		診療科		
		医師名	(印)	
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

病名	2 2型糖尿病										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号					受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村						
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	%					
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日										
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 ()													
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 (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														
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 (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): ()														
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

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]

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 ()

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

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
 医療機関住所
 診療科
 医師名 (印)
 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

病名	3 若年発症成人型糖尿病 (MODY)										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
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	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
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 ()												
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 (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													
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) : () 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: () %			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			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			IA-2抗体: () U/mL ・ 未実施			採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]							
判定: [陰性 ・ 陽性]			判定: [陰性 ・ 陽性]			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]		
	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: ()		
	インスリン製剤名⑤: ()		
	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

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

医療機関住所 _____

診療科 _____

医師名 _____ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)

病名	4 新生児糖尿病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村		
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	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
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 ()								
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 (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									
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): ()								

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: ()		
	インスリン製剤名⑤: ()		
	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

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

医療機関住所 _____

診療科 _____

医師名 _____ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 () _____

病名	5 インスリン受容体異常症			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

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	%

発病時期	年 月 頃	初診日	年 月 日		
------	-------	-----	-------	--	--

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 ()
---------	--

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

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

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)** **2/2**

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

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		
医療機関住所	診療科		
	医師名 (印)		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

病名	6 脂肪萎縮性糖尿病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村			
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	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
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 ()									
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 (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										
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		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		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): ()										
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								

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**

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
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	
医療機関住所		診療科		
		医師名	(印)	
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

病名	7 1から6までに掲げるもののほか、糖尿病 (具体的な疾病名:)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所 () 都道府県 () 市区町村				
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	年 月 日		肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
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()									
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										
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(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):()									
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 **7** **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
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	
医療機関住所	診療科			
	医師名		(印)	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			