

告示番号		18		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		78 先天性高インスリン血症							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		発汗：[なし ・ あり] 低血糖症状：[なし ・ あり] 振戦：[なし ・ あり]									
		精神・神経		痙攣：[なし ・ あり] 意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]									
		その他		症状 (その他)：()									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状		全身		発汗：[なし ・ あり] 低血糖症状：[なし ・ あり] 振戦：[なし ・ あり]									
		精神・神経		痙攣：[なし ・ あり] 意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]									
		その他		症状 (その他)：()									
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													
負荷試験		グルカゴン負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 血糖値 (前値)：()mg/dL 血糖値 (頂値)：()mg/dL											
血液検査		血糖値 (空腹時)：()mg/dL インスリン (IRI)：()μU/mL プロインスリン：()pmol/L ・ 未実施 プロインスリン／インスリン比 (P/I比)：() ・ 未実施 Cペプチド (CPR)：()ng/mL											
		低血糖時の検査：[未実施 ・ 実施] 血糖値 (低血糖時)：()mg/dL インスリン (IRI)：()μU/mL プロインスリン：()pmol/L ・ 未実施 プロインスリン／インスリン比 (P/I比)：()・未実施 Cペプチド (CPR)：()ng/mL											
画像検査		超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
		CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
		血管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
		内視鏡検査 (消化管)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
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)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		18		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載													
血液検査		血糖値（空腹時）：()mg/dL				インスリン（IRI）：()μU/mL		プロインスリン：()pmol/L ・ 未実施					
		プロインスリン／インスリン比（P/I比）：() ・ 未実施				Cペプチド（CPR）：()ng/mL							
血液検査		低血糖時の検査：[未実施 ・ 実施]				インスリン（IRI）：()μU/mL		プロインスリン：()pmol/L ・ 未実施					
		血糖値（低血糖時）：()mg/dL				インスリン（IRI）：()μU/mL		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		合併症：[なし ・ あり] 詳細：()											
経過（申請時） ※直近の状況を記載													
薬物療法		補充療法：[なし ・ あり] 詳細：()											
		機能抑制療法：[なし ・ あり] 詳細：()											
		薬物療法（その他）：()											
手術		手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：() 年 () 月 () 日 () 術式：()											
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 () (印)											
		医師名 () (印)											
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()											