

告示番号		19		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		79 77及び78に掲げるもののほか、高インスリン血性低血糖症 (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		肥満度				%	
				年		月				日		年									
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 インスリン抗体結合率：()%																			
		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		19		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							
		インスリン抗体結合率：()%											
		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							
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）：()											
栄養管理		経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：[なし ・ あり]											
手術		脾切除術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				実施日：() 年 () 月 () 日)							
		胃バイパス術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				実施日：() 年 () 月 () 日)							
		胃食道逆流術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				実施日：() 年 () 月 () 日)							
		手術（その他）：[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									
				医師名								(印)	
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()									