

告示番号		15		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		76 グルカゴノーマ						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
症 状		全身		全身倦怠感:[なし ・ あり] 口渇:[なし ・ あり]				食欲不振:[なし ・ あり] 正色素性貧血:[なし ・ あり]				体重減少:[なし ・ あり]	
		消化器		悪心・嘔吐:[なし ・ あり]				腹痛:[なし ・ あり]				腹部腫瘍:[なし ・ あり]	
		皮膚・粘膜		皮疹:[なし ・ あり]				口内炎・舌炎:[なし ・ あり]					
		その他		低アミノ酸血症:[なし ・ あり] 症状 (その他):()									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血清アルブミン:()g/dL 血糖値 (随時):()mg/dL				HbA _{1c} :()% 血糖値 (空腹時):()mg/dL				グルカゴン:()pg/mL			
画像検査		CTまたはMRI検査:[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)							
		画像検査 (その他):[未実施 ・ 実施]				実施日:(年 月 日)							
		部位:() 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:[なし ・ あり] 耐糖能低下:[なし ・ あり] 合併症 (その他):()											
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											

2021a-001

告示番号	15	内分泌疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2		
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				
					小児慢性特定疾病 指定医番号	()