

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〉		1/2	
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		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]							
負荷試験		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): ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		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							
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: () %							
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							
		重症低血糖: [なし ・ あり]				過去1年間の回数: () 回/年							

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	()