

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]			採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]						
	Cペプチド (CPR): () ng/mL			GAD抗体: () U/mL ・ 未実施			判定: [陰性 ・ 陽性]			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									
	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 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、メトレプレテン、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					
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()					

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)		1/2	
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		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]			採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]			判定: [陰性 ・ 陽性]			
	Cペプチド (CPR): () ng/mL			判定: [陰性 ・ 陽性]			判定: [陰性 ・ 陽性]						
GAD抗体: () U/mL ・ 未実施													
IA-2抗体: () U/mL ・ 未実施													
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			過去1年間の回数: () 回/年						
重症低血糖: [なし ・ あり]													

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			
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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

告示番号		4		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	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 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		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		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): ()						

告示番号 4 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		
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: ()	
	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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		5		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	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		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)									
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): ()												

告示番号 5 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		
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: ()	
	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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

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)	1/2
-------------	----------	------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

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	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	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) : [- ・ ± ・ 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		
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

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)		1/2	
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	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]			採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]						
	Cペプチド (CPR) : () ng/mL			判定: [陰性 ・ 陽性]			判定: [陰性 ・ 陽性]						
	GAD抗体: () U/mL ・ 未実施			判定: [陰性 ・ 陽性]			判定: [陰性 ・ 陽性]						
	IA-2抗体: () U/mL ・ 未実施												
	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			グリコアルブミン: () %						
	HbA _{1c} : () %												
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			過去1年間の回数: () 回/年						
	重症低血糖: [なし ・ あり]												

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、メトレプレテン、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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

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)		1/2	
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	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、メトレプレテン、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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		