

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 (新規申請用)		1/2	
病名	76 グルカゴノーマ							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ( )		被保険者記号 ( )		被保険者番号 ( )		被保険者個人単位枝番 ( )						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 ( - )		都道府県 ( )		市区町村 ( )		丁目番地等 ( )						
生年月日	年		月	日		性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ( )		市区町村 ( )										
出生体重	g		出生週数	在胎		週		日					
発症時期	年		月	頃		記載時の年齢	満		歳		か月		日
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	%			
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													
最終受診日	( 年 月 日 )												
症状	全身	全身倦怠感: [ なし ・ あり ]			食欲不振: [ なし ・ あり ]			体重減少: [ なし ・ あり ]					
		口渇: [ なし ・ あり ]			正色素性貧血: [ 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): ( )									
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 ]			食欲不振: [ なし ・ あり ]			体重減少: [ なし ・ あり ]					
		口渇: [ なし ・ あり ]			正色素性貧血: [ 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 (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													
血液検査	血清アルブミン: ( )g/dL		intact PTH: ( )pg/mL		血清Ca: ( )mg/dL		HbA <sub>1c</sub> : ( )%		血清Ca (補正值): ( )mg/dL		グルカゴン: ( )ng/mL		
	血糖値 (随時): ( )mg/dL		血糖値 (空腹時): ( )mg/dL										
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: ( )												
画像検査	内視鏡検査 (消化管): [ 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): ( )												
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		HbA <sub>1c</sub> : ( )%		グルカゴン: ( )pg/mL								
	血糖値 (随時): ( )mg/dL		血糖値 (空腹時): ( )mg/dL										
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: ( )												
画像検査	内視鏡検査 (消化管): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )										
	部位: ( )												
	所見: ( )												

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 (新規申請用) **2/2**

画像検査	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
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 ( )		
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
医療機関所在地		診断年月日	年 月 日
電話番号		診療科	
		医師名	
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日