

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 → ()				
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)					
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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): ()									
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 _{1c} : ()%			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: ()												
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