

告示番号		17		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)		1/3	
病名	77 インスリノーマ							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	発汗: [ なし ・ あり ]		低血糖症状: [ なし ・ あり ]		振戦: [ なし ・ あり ]							
	精神・神経	痙攣: [ なし ・ あり ]		意識障害: [ なし ・ あり ・ 不明 ]									
	その他	症状 (その他): ( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	発汗: [ なし ・ あり ]		低血糖症状: [ なし ・ あり ]		振戦: [ なし ・ あり ]							
	精神・神経	痙攣: [ なし ・ あり ]		意識障害: [ なし ・ あり ・ 不明 ]									
	その他	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													
負荷試験	グルカゴン負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		血糖値 (前値): ( )mg/dL		血糖値 (頂値): ( )mg/dL						
血液検査	血糖値 (空腹時): ( )mg/dL		インスリン (IRI): ( )μU/mL		プロインスリン: ( )pmol/L ・ 未実施								
	プロインスリン/インスリン比 (P/I比): ( )		Cペプチド (CPR): ( )ng/mL		血清Ca (補正值): ( )mg/dL								
	血清アルブミン: ( )g/dL		血清Ca: ( )mg/dL		血清Ca (補正值): ( )mg/dL								
	intact PTH: ( )pg/mL												
	低血糖時の検査: [ 未実施 ・ 実施 ]												
	血糖値 (低血糖時): ( )mg/dL		インスリン (IRI): ( )μU/mL		プロインスリン: ( )pmol/L ・ 未実施								
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )										
	部位: ( )												
	所見: ( )												
	CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )										
	部位: ( )												
	所見: ( )												
	血管造影: [ 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 )										
	部位: ( )												
	所見: ( )												
	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): ( )												

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	血糖値 (空腹時) : ( ) mg/dL	インスリン (IRI) : ( ) μU/mL	プロインスリン : ( ) pmol/L ・ 未実施
	プロインスリン/インスリン比 (P/I比) : ( ) ・ 未実施		Cペプチド (CPR) : ( ) ng/mL
	血清アルブミン : ( ) g/dL	血清Ca : ( ) mg/dL	血清Ca (補正值) : ( ) mg/dL
	intact PTH : ( ) pg/mL		

低血糖時の検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]			
血糖値 (低血糖時) : ( ) mg/dL	インスリン (IRI) : ( ) μU/mL	プロインスリン : ( ) pmol/L	・ 未実施

画像検査	超音波検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	
	部位 : ( )		
	所見 : ( )		
	CTまたはMRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	
	部位 : ( )		
	所見 : ( )		
	血管造影 : [ 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 )	
	部位 : ( )		
	所見 : ( )		
	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	合併症 : [ なし ・ あり ]
	詳細 : ( )

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