

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		77 インスリノーマ						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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		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 (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) 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):()											

