

告示番号 <b>18</b>		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	<b>78 先天性高インスリン血症</b>			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)	
	年 月 日	年 月 日		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 (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			
	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		
	プロインスリン/インスリン比 (P/I比): ( )		Cペプチド (CPR): ( )ng/mL			
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: ( )					
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): ( )					

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
	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 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
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	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