

告示番号		18		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		78 先天性高インスリン血症						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)				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 () 年 月 日		SD)		体重 (測定日)		kg () 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												
		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 ()												

