

|                        |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                                           |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |         |  |
|------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                   |  | 19                                                                                                                                                                                            |  | 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                     |  | 79 77及び78に掲げるもののほか、高インスリン血性低血糖症                                                                                                                                                               |  |                                                           |  |                         |  | 受付種別                             |  | <input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名<br><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 ( )<br>資格取得年月日      年      月      日                                                                                                                |  |                                                           |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |         |  |
| 氏名                     |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                 |  |                                                           |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)    |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重           |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                   |  | cm (      SD)<br>年      月      日                          |  | 体重<br>(測定日)             |  | kg (      SD)<br>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                   |  | 治癒 ・ 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   |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                                           |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |         |  |
| 具体的な疾病名                |  | (      )                                                                                                                                                                                      |  |                                                           |  |                         |  | 最終受診日                            |  | (      年      月      日 )                                                         |  |         |  |
| 症<br>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<br>プロインスリン／インスリン比 (P/I比)：(      ) ・ 未実施<br>インスリン抗体結合率：(      )%                                      |  |                                                           |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |         |  |
|                        |  | 低血糖時の検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>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<br>プロインスリン／インスリン比 (P/I比)：(      )・未実施<br>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 )<br>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 ]<br>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 ]<br>詳細：(      )                                                                                                                                                               |  |                                                           |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |         |  |
|                        |  | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>詳細：(      )                                                                                                                                                             |  |                                                           |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |         |  |
|                        |  | 薬物療法 (その他)：(      )                                                                                                                                                                           |  |                                                           |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |         |  |
| 栄養管理                   |  | 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                    |  |                                                           |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |         |  |
| 手術                     |  | 膵切除術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      実施日：(      年      月      日 )<br>胃バイパス術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      実施日：(      年      月      日 )<br>胃食道逆流術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      実施日：(      年      月      日 ) |  |                                                           |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |         |  |
|                        |  | 手術 (その他)：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      実施日：(      年      月      日 )<br>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 )<br>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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |

|     |       |
|-----|-------|
| 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 ] |
|------|-----------------------------------------------------|

|      |                                                                                                          |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保險情報 | 被保險者番号 ( )      被保險者記号 ( )<br>被保險者番号 ( )      被保險者個人單位校番 ( )<br>資格取得年月日          年          月          日 |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|