

告示番号	1	糖尿病	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/3	
病名	1 1型糖尿病				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		BMI
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)						
身体所見	腹囲 (臍囲) : ()cm						
診断	診断の契機: 学校検尿で発見: [いいえ ・ はい]						
症状 (内分泌・代謝)	糖尿病ケトアシドーシス: [なし ・ あり]						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
身体所見	腹囲 (臍囲) : ()cm		肥満度: ()%				
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							
尿検査	尿中Cペプチド (CPR) : () μ g/day						
血液検査	総コレステロール: ()mg/dL		トリグリセリド: ()mg/dL		HDLコレステロール: ()mg/dL		
	LDLコレステロール: ()mg/dL		血糖値 (随時): ()mg/dL		HbA _{1c} : ()%		
	血糖値 (空腹時): ()mg/dL		グリコアルブミン: ()%				
	グリコアルブミン: ()%		β ヒドロキシ酪酸 (3-ヒドロキシ酪酸): () μ mol/L				
血液検査	インスリン (IRI): () μ U/mL		採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]				
	Cペプチド (CPR): ()ng/mL		採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]				
	GAD抗体: ()U/mL・未実施		判定: [陰性 ・ 陽性]				
	IA-2抗体: ()U/mL・未実施		判定: [陰性 ・ 陽性]				
膵島関連自己抗体 (その他): ()							
負荷試験	経口ブドウ糖負荷試験 (OGTT): [未実施 ・ 実施] OGTT未実施の理由: () 血糖値 (前値): ()mg/dL 血糖値 (2時間値): ()mg/dL						
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
尿検査	尿蛋白 (定性): [- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+]			尿中ケトン体 (定性): [- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+]			
血液検査	血糖値 (空腹時): ()mg/dL		血糖値 (随時): ()mg/dL				
	HbA _{1c} : ()%		グリコアルブミン: ()%				
血液検査	Cペプチド (CPR): ()ng/mL		採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]				
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)				
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 (糖尿病)	網膜症: [なし ・ あり]		病期: [単純性 ・ 前増殖性 ・ 増殖性]				
	腎症: [なし ・ あり]		病期: [微量アルブミン尿 ・ 持続性蛋白尿 ・ 透析治療中]		微量アルブミン尿: ()mg/gCre		
	神経障害 (アキレス腱反射の低下): [なし ・ あり]						
	糖尿病ケトアシドーシス: [なし ・ あり]		過去1年間の回数: ()回/年		重症低血糖: [なし ・ あり]		
		過去1年間の回数: ()回/年					

告示番号 1 糖尿病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/3
合併症	合併症 (その他): ()	
家族歴	糖尿病の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	インスリン療法: [なし ・ あり] 注射法: [頻回注射法 ・ CSII (Continuous subcutaneous insulin infusion) ・ SAP (Sensor augmented pump) ・ 従来法 (3回/日以下)] インスリン総投与量: () 単位/日 インスリン製剤名①: () インスリン製剤名②: () インスリン製剤名③: () インスリン製剤名④: ()	
	経口血糖降下薬: SU剤: [なし ・ あり] メトホルミン: [なし ・ あり] α-GI: [なし ・ あり] DPP-4阻害薬: [なし ・ あり] SGLT2阻害薬: [なし ・ あり]	
	経口血糖降下薬 (その他): 使用製剤名①: () 使用製剤名②: () 使用製剤名③: () 使用製剤名④: () 使用製剤名⑤: ()	
	糖尿病治療薬: GLP-1アナログ: [なし ・ あり]	
	糖尿病治療薬 (IGF-1、メトレプレテン、GLP-1アナログ、その他の注射薬等): 使用製剤名①: () 使用製剤名②: ()	
	薬物療法 (その他): 使用製剤名①: () 使用製剤名②: () 使用製剤名③: ()	
	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