

告示番号		6		糖尿病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2				
病名		2 2型糖尿病								受付種別		☐ 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)				BMI		
				年 月 日						年 月 日				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)														
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) : ()μg/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 : ()%				βヒドロキシ酪酸 (3-ヒドロキシ酪酸) : ()μmol/L						
		インスリン (IRI) : ()μU/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 : ()%										
		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) 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 (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														

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] DPP-4阻害薬：[なし ・ あり]		メトホルミン：[なし ・ あり] SGLT2阻害薬：[なし ・ あり]		α -GI：[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、メトレプレチン、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 （ ）			

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