

告示番号		4		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	3 若年発症成人型糖尿病 (MODY)					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)		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)						
病型	病型分類 (MODY): [MODY1 ・ MODY2 ・ MODY3 ・ MODY4 ・ MODY5 ・ その他] 病型 (その他): ()						
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							
病型	病型分類 (MODY): [MODY1 ・ MODY2 ・ MODY3 ・ MODY4 ・ MODY5 ・ その他] 病型 (その他): ()						
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 (空腹時): ()mg/dL		血糖値 (随時): ()mg/dL		HbA _{1c} : ()%
	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				
	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: ()%				
遺伝学的検査	Cペプチド (CPR): ()ng/mL		採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]				
	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): ()						

告示番号 4 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		
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]		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 ()			

・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