

告示番号		4		糖尿病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		3 若年発症成人型糖尿病 (MODY)						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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 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)											
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 (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)				()			
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							
合併症		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 : ()													

薬物療法	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	