

告示番号		5		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		4 新生児糖尿病										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)															
症 状		全身		哺乳力低下:[なし ・ あり] 体重増加不良:[なし ・ あり]													
		内分泌・代謝		糖尿病ケトアシドーシス:[なし ・ あり]													
		精神・神経		精神運動発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] てんかん:[なし ・ あり]													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
身体所見		肥満度:()%															
症 状		全身		哺乳力低下:[なし ・ あり] 体重増加不良:[なし ・ あり]													
		内分泌・代謝		糖尿病ケトアシドーシス:[なし ・ あり]													
		精神・神経		精神運動発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] てんかん:[なし ・ あり]													
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		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):()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]											
遺伝学的検査		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):()															
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 (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) 所見:()															
検査所見 (その他)		検査所見 (その他):()															

