

告示番号		5		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	4 新生児糖尿病							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 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)			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	治癒 ・ 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)														
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 (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			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]	

告示番号	5	糖尿病	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/2
薬物療法	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