

| 告示番号                                    |   | 2  |                                 | 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                                      | 5 インスリン受容体異常症                           |  |                                 |                      |                         |                      |                          | 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)<br>(姓)                           |  |                                 | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                         |                      | (セイメイ)<br>(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<br>(測定日)                             | cm ( SD)                                   |                                 |                      | 体重<br>(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                                      | 全身                                      | 低血糖症状: [ なし ・ あり ]                         |                                 |                      | 易疲労性: [ なし ・ あり ]       |                      |                          | 成長障害: [ なし ・ あり ]       |                             |                        | 多飲: [ なし ・ あり ]        |     |   |
|   | 内分泌・代謝                                  | 糖尿病ケトアシドーシス: [ なし ・ あり ]                   |                                 |                      | 乳房腫大 (女児): [ なし ・ あり ]  |                      |                          | 外陰部肥大 (女児): [ なし ・ あり ] |                             |                        | 陰茎肥大 (男児): [ なし ・ あり ] |     |   |
|   | 腎・泌尿器                                   | 多尿: [ なし ・ あり ]                            |                                 |                      | 腎石灰化: [ なし ・ あり ]       |                      |                          |                         |                             |                        |                        |     |   |
|   | 呼吸器・循環器                                 | 心肥大: [ なし ・ あり ]                           |                                 |                      |                         |                      |                          |                         |                             |                        |                        |     |   |
|   | 筋・骨格                                    | 骨格異常: [ なし ・ あり ]                          |                                 |                      |                         |                      |                          |                         |                             |                        |                        |     |   |
|   | 皮膚・粘膜                                   | 黒色表皮腫: [ なし ・ あり ]                         |                                 |                      | 多毛症: [ なし ・ あり ]        |                      |                          | 皮下脂肪減少: [ なし ・ あり ]     |                             |                        |                        |     |   |
|   | その他                                     | 妖精症様顔貌: [ なし ・ あり ]                        |                                 |                      | 歯牙異常: [ なし ・ あり ]       |                      |                          | 歯牙早発: [ なし ・ あり ]       |                             |                        | 軟部組織肥大: [ なし ・ あり ]    |     |   |
|   | 松果体腫大: [ なし ・ あり ]                      |  |                                 | 多嚢胞性卵巣: [ なし ・ あり ]  |                         |                      | 膠原病症状: [ 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: ( )%                       |                      |                         |                      |                          |                         |                             |                        |                        |     |   |
| 症状                                      | 全身                                      | 低血糖症状: [ なし ・ あり ]                         |                                 |                      | 易疲労性: [ なし ・ あり ]       |                      |                          | 成長障害: [ なし ・ あり ]       |                             |                        | 多飲: [ なし ・ あり ]        |     |   |
|   | 内分泌・代謝                                  | 乳房腫大 (女児): [ なし ・ あり ]                     |                                 |                      | 外陰部肥大 (女児): [ なし ・ あり ] |                      |                          | 陰茎肥大 (男児): [ なし ・ あり ]  |                             |                        |                        |     |   |
|   | 腎・泌尿器                                   | 多尿: [ なし ・ あり ]                            |                                 |                      | 腎石灰化: [ なし ・ あり ]       |                      |                          |                         |                             |                        |                        |     |   |
|   | 呼吸器・循環器                                 | 心肥大: [ なし ・ あり ]                           |                                 |                      |                         |                      |                          |                         |                             |                        |                        |     |   |
|   | 筋・骨格                                    | 骨格異常: [ なし ・ あり ]                          |                                 |                      |                         |                      |                          |                         |                             |                        |                        |     |   |
|   | 皮膚・粘膜                                   | 黒色表皮腫: [ なし ・ あり ]                         |                                 |                      | 多毛症: [ なし ・ あり ]        |                      |                          | 皮下脂肪減少: [ なし ・ あり ]     |                             |                        |                        |     |   |
|   | その他                                     | 妖精症様顔貌: [ なし ・ あり ]                        |                                 |                      | 歯牙異常: [ なし ・ あり ]       |                      |                          | 歯牙早発: [ なし ・ あり ]       |                             |                        | 軟部組織肥大: [ なし ・ あり ]    |     |   |
|   | 松果体腫大: [ なし ・ あり ]                      |  |                                 | 多嚢胞性卵巣: [ なし ・ あり ]  |                         |                      | 膠原病症状: [ 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               |  | 尿糖値 (空腹時) : ( )g/dL             |                      | 尿糖値 (随時) : ( )g/dL      |                      |                          |                         |                             |                        |                        |     |   |
| 血液検査                                    | 抗核抗体: ( )倍・未実施                          |  | 抗DNA抗体: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]       |                      |                         |                      |                          |                         |                             |                        |                        |     |   |
|   | 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 <sub>1c</sub> : ( )% |                         |                             |                        |                        |     |   |
|   | 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): ( )                     |  |                                 |                      |                         |                      |                          |                         |                             |                        |                        |     |   |

| 告示番号                   | 2 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 |
|------------------------|---|----------------|-----|
| 負荷試験                   | 経口ブドウ糖負荷試験 (OGTT) : [ 未実施 ・ 実施 ]<br>OGTT未実施の理由 : ( )<br>血糖値 (前値) : ( ) mg/dL      血糖値 (2時間値) : ( ) mg/dL  |                |     |
| インスリン抵抗性検査             | インスリン結合能検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]      インスリン結合能低下 : [ なし ・ あり ]<br>検体採取部位 : [ 血液細胞 ・ 脂肪細胞 ・ 培養線維芽細胞 ]      抗インスリン受容体抗体 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]  |                |     |
| 遺伝学的検査                 | 遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日 : (      年      月      日 )<br>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+ ]<br>尿糖値 (空腹時) : ( ) g/dL      尿糖値 (随時) : ( ) g/dL  |                |     |
| 血液検査                   | 血糖値 (空腹時) : ( ) mg/dL      血糖値 (随時) : ( ) mg/dL<br>HbA <sub>1c</sub> : ( ) %      グリコアルブミン : ( ) %  |                |     |
| 遺伝学的検査                 | 遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日 : (      年      月      日 )<br>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<br>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 ]<br>詳細 : ( )  |                |     |
| 出生歴                    | 子宮内発育遅延 : [ なし ・ あり ]   |                |     |
| 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 ]<br>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) ]<br>インスリン総投与量 : ( ) 単位/日<br>インスリン製剤名① : ( )<br>インスリン製剤名② : ( )<br>インスリン製剤名③ : ( )<br>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 ]<br>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) :<br>使用製剤名① : ( )<br>使用製剤名② : ( )<br>使用製剤名③ : ( )<br>使用製剤名④ : ( )<br>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) :<br>使用製剤名① : ( )<br>使用製剤名② : ( )   |                |     |
|                        | 薬物療法 (その他) :<br>使用製剤名① : ( )<br>使用製剤名② : ( )<br>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 )<br>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 ) ・<br>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 ・<br>その他 ( )   |                |     |

|             |          |                |     |           |   |                               |            |
|-------------|----------|----------------|-----|-----------|---|-------------------------------|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>2</b> | <b>糖尿病</b>     | ( ) | <b>年度</b> |   | <b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b> | <b>3/3</b> |
| 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |