

告示番号 2		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	5 インスリン受容体異常症			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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	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 (女兒) : [なし ・ あり] 外陰部肥大 (女兒) : [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 (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+]			
	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			
	HbA _{1c} : ()%		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) 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 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 : ()					
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] 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 (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