

| 告示番号                                    | 7   | 糖尿病  | ( )                               | 年度   | 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)          | 1/2                         |
|---|---|--|-----------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------|
| 病名                                      | 7 1から6までに掲げるもののほか、糖尿病   |  |                                   |  | 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 ( )<br>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 (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 |   |  |                                   |  |                                 |                             |
| 具体的な疾病名                                 | ( )   |  |                                   | 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 (内分泌・代謝)                             | 糖尿病ケトアシドーシス: [ 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: ( )%                         |  |                                 |                             |
| 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                                    | 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               |  | HbA <sub>1c</sub> : ( )%        |                             |
|   | 血糖値 (空腹時): ( )mg/dL   |  | 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): ( )                     |   |  |                                   |  |                                 |                             |
| 負荷試験                                    | 経口ブドウ糖負荷試験 (OGTT): [ 未実施 ・ 実施 ]                                 |  |                                   |  |                                 |                             |
| OGTT未実施の理由: ( )                         |   |  |                                   |  |                                 |                             |
| 血糖値 (前値): ( )mg/dL                      |   | 血糖値 (2時間値): ( )mg/dL                       |                                   |  |                                 |                             |
| 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 <sub>1c</sub> : ( )%  |  | 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 )                    |  |                                 |                             |
| 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 ]                                  |  |                                   |  |                                 |                             |
| 合併症                                     | 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): ( )  |  |                                   |  |                                 |                             |

告示番号 **7** **糖尿病** ( ) 年度 **小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)** **2/2**

|                    |  |               |     |
|--------------------|--|---------------|-----|
| 家族歴                | 糖尿病の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>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 ]<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 ( )  |               |     |
| 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 |