

告示番号		7		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	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"/> 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 (申請時) ※直近の状況を記載													
具体的な疾病名	()					最終受診日	(年 月 日)						
身体所見	腹囲 (臍囲) : ()cm		肥満度 : ()%										
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)										
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 : ()												
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 : ()												

告示番号	7	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	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