

<新規申請用> 赤枠内のご記入をお願いします。

告示番号		1		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	1 1型糖尿病										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男・女・性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
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		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・適級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学校・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()												
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												
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(随時):()mg/dL			HbA _{1c} :()%						
	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						
	GAD抗体:()U/mL・未実施			判定:[陽性・陰性]			IA-2抗体:()U/mL・未実施						
判定:[陽性・陰性]													
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:()												
検査所見(申請時)	※直近の状況を記載												
	尿検査						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・前増悪性・増悪性]						
	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							

< 継続申請用 > 赤枠内のご記入をお願いします。

告示番号		1		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	1 1型糖尿病								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	() 都道府県 () 市区町村						
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	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
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(小中学校 ・ 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 ()												
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						薬物制限の必要性		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												
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 _{1c} : () %						
	血糖値 (空腹時): () %			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			Cペプチド (CPR): () ng/mL			採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]			採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]			
	GAD抗体: () U/mL ・ 未実施			IA-2抗体: () U/mL ・ 未実施			判定: [陰性 ・ 陽性]			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 _{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]			重症低血糖: [なし ・ あり]			過去1年間の回数: () 回/年			過去1年間の回数: () 回/年			