

|                                         |  |                                                                                                                        |  |                                            |  |                                |  |                      |  |                         |  |                             |  |     |  |  |
|-----------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------|--|-------------------------|--|-----------------------------|--|-----|--|--|
| 告示番号                                    |  | 3                                                                                                                      |  | 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                                      |  | 6 脂肪萎縮性糖尿病                                                                                                             |  |                                            |  |                                |  |                      |  | 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<br>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 (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                                                                                              |  |                                            |  | 尿糖値 (空腹時) : ( )g/dL            |  |                      |  | 尿糖値 (随時) : ( )g/dL      |  |                             |  |     |  |  |
| 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 <sub>1c</sub> ：( )% |  |                             |  |     |  |  |
|                                         |  | 血糖値 (空腹時)：( )mg/dL                                                                                                     |  |                                            |  | βヒドロキシ酪酸 (3-ヒドロキシ酪酸)：( )μmol/L |  |                      |  |                         |  |                             |  |     |  |  |
|                                         |  | グリコアルブミン：( )%                                                                                                          |  |                                            |  |                                |  |                      |  |                         |  |                             |  |     |  |  |
| 血液検査                                    |  | 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 ]                 |  |                      |  |                         |  |                             |  |     |  |  |
| 血液検査                                    |  | 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 ]<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                              |  |                                            |  |                                |  |                      |  |                         |  |                             |  |     |  |  |
| 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              |  |                      |  | グリコアルブミン：( )%           |  |                             |  |     |  |  |
| 血液検査                                    |  | HbA <sub>1c</sub> ：( )%                                                                                                |  |                                            |  |                                |  |                      |  |                         |  |                             |  |     |  |  |
| 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)：( )                                                                                                          |  |                                            |  |                                |  |                      |  |                         |  |                             |  |     |  |  |

