

告示番号		3		糖尿病		平成（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書					
受給者番号（ ）				新規登録 ・ 継続 ・ 転入（転出地： ）							
患者		ふりがな 氏名		男 ・ 女		生年月日		平成 年 月 日（満 歳）			
出生都道府県※1				出生体重		g		出生週数		在胎 週	
現在の身長※2		. cm		現在の体重※2		. kg		母の生年月日		昭和 平成 年 月 日	
発病		年 月 頃		初診日		年 月 日					
大分類病名		1 糖尿病		細分類病名		6 脂肪萎縮性糖尿病					

該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載
項目1、2. については、新規登録の場合は A. 継続登録の場合は B. に記載。ただし新規登録でも診断後1年以上経過している場合は、A. と B. の両方の記載が必要。項目3、4、5. は全例で記載

1.臨床所見	
診断時の 症状	A. 新規登録の場合のみ記載 学校検尿で発見（なし ・ あり） 身長・体重・腹位の測定日（ ）年 月 日） 糖尿病性ケトアシドーシス（なし ・ あり） 腹囲（臍囲）（ ）cm
現在の 症状	B. 継続登録または診断後1年以上経過した新規登録の場合は記載 身長・体重・腹位の測定日（ ）年 月 日） 腹囲（臍囲）（ ）cm

2.検査所見		
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	A. 新規登録の場合のみ記載 空腹時血糖値（ ）mg/dL HbA1C（ ）% 血中βヒドロキシ酪酸（ ）μmol/L 血中CPR値（ ）ng/mL →（空腹時 ・ 食後） 尿中CPR値（ ）μg/day 空腹時尿糖値（ ）g/dL OGTT※ 前値（ ）mg/dL 2時間値（ ）mg/dL ※ 血糖値 200mg/dL 以上の場合には行わない GAD抗体（未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 →（ ）U/mL） IA-2抗体（未検査 ・ 陰性 ・ 陽性 →（ ）U/mL） 血中総コレステロール（ ）mg/dL 血中HDLコレステロール（ ）mg/dL 随時血糖値（ ）mg/dL グリコアルブミン（ ）% IRI値（ ）μU/mL →（空腹時 ・ 食後） 随時尿糖値（ ）g/dL 血中トリグリセリド（ ）mg/dL 血中LDLコレステロール（ ）mg/dL	
	B. 継続登録または診断後1年以上経過した新規登録の場合は記載 空腹時血糖値（ ）mg/dL グリコアルブミン（ ）% 尿中ケトン体定性（－ ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+） 随時尿糖値（ ）g/dL 尿蛋白定性（－ ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+） 遺伝子検査（未実施 ・ 実施 → 詳細： ） その他の検査結果（ ）	
	3.その他の所見	
	その他の 現在の 所見など	糖尿病の家族歴（なし ・ あり → 詳細： ） 糖尿病合併症 網膜症（なし ・ あり → 単純性 ・ 前増殖性 ・ 増殖性） 腎症（なし ・ あり → 微量アルブミン尿（ ）mg/gCre ・ 持続性蛋白尿 ・ 透析治療中） 神経障害：アキレス腱反射の低下（なし ・ あり） その他の糖尿病合併症（なし ・ あり → 詳細： ） 糖尿病合併症以外の合併症（なし ・ あり → 詳細： ）
	4.経 過	
	現 在 の 治 療	薬物療法（※薬物の使用に当たっては、小児または15歳未満での適応の有無に十分に注意すること） インスリン注射（なし ・ あり → 注射法（頻回注射法 ・ CSII ・ 従来法（1日3回以下））） 1日のインスリン総投与量（ ）単位/日 インスリン製剤名 ①（ ） ②（ ） ③（ ） 経口血糖降下薬（なし ・ あり → 種類（SU薬 ・ メトホルミン ・ α-GI ・ DPP-4阻害薬 ・ その他の経口薬）） 使用製剤名 ①（ ） ②（ ） ③（ ） ④（ ） 上記以外の糖尿病治療薬（IGF-1、メトレプレチン、GLP-1アナログ、その他の注射薬等）（なし ・ あり） 使用製剤名 ①（ ） ②（ ） ③（ ） その他の治療薬（なし ・ あり → 使用製剤名 ①（ ） ②（ ） ③（ ））
	過去の主 な治療・ 検査など	
	5.今後の療方針	
	就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校（通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級） 3. 特別支援学校（小中学部 ・ 専攻科を含む高等部） 4. 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 5. 大学（短期大学を含む） 6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労 8. その他（ ）
現状評価	一つに○印： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明	
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで（月 回）
上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。 医療機関名 および 所在地 平成 年 月 日 医師名 科 印 小児慢性特定疾病指定医番号		

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入