

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			受給者番号		受診日	年	月	日	受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
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・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()												
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	治癒・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													
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									
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:()													

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

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

医療機関住所

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		6		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	2 2型糖尿病			受給者番号		受診日	年	月	日	受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
ふりがな						(変更があった場合)		ふりがな						
氏名						以前の登録氏名		(Alphabet)						
(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・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()													
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	治癒・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														
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:()														

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

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

医療機関住所 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		4		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	3 若年発症成人型糖尿病 (MODY)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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 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()							
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	治癒・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								
病型	病型分類(MODY): [MODY1・MODY2・MODY3・MODY4・MODY5・その他] 病型(その他): ()							
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: ()%					
遺伝学的検査	Cペプチド(CPR): ()ng/mL		採血タイミング: [空腹時・食後]					
	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					
合併症	重症低血糖: [なし・あり]		過去1年間の回数: ()回/年					
	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: ()							
薬物療法	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]					
薬物療法	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: ()								

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

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

医療機関住所

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		5		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	4 新生児糖尿病								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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 ()													
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	治癒 ・ 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														
身体所見	肥満度: ()%													
症状	全身	哺乳力低下: [なし ・ あり]						体重増加不良: [なし ・ あり]						
	内分泌・代謝	糖尿病ケトアシドーシス: [なし ・ あり]												
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] てんかん: [なし ・ あり]												
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)							
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]	

告示番号	5	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	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 : ())										
	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)	通院頻度 : ()回/月
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	
医療機関住所							診療科				
						医師名					
						小児慢性特定疾病 指定医番号	(

告示番号		2		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	5 インスリン受容体異常症								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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 ・ 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 ()													
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	治癒 ・ 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														
身体所見	腹囲 (臍囲) : () cm						肥満度 : () %							
症状	全身	低血糖症状 : [なし ・ あり] 易疲労性 : [なし ・ あり] 成長障害 : [なし ・ あり] 多飲 : [なし ・ あり]												
	内分泌・代謝	乳房腫大 (女児) : [なし ・ あり]			外陰部肥大 (女児) : [なし ・ あり]			陰茎肥大 (男児) : [なし ・ あり]						
	腎・泌尿器	多尿 : [なし ・ あり]						腎石灰化 : [なし ・ あり]						
	呼吸器・循環器	心肥大 : [なし ・ あり]												
	筋・骨格	骨格異常 : [なし ・ あり]												
	皮膚・粘膜	黒色表皮腫 : [なし ・ あり]				多毛症 : [なし ・ あり]				皮下脂肪減少 : [なし ・ あり]				
	その他	妖精症様顔貌 : [なし ・ あり]			歯牙異常 : [なし ・ あり]			歯牙早発 : [なし ・ あり]			軟部組織肥大 : [なし ・ あり]			
	松果体腫大 : [なし ・ あり]			多嚢胞性卵巣 : [なし ・ あり]			膠原病症状 : [なし ・ あり]							
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+]							
	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										
	HbA _{1c} : () %			グリコアルブミン : () %										
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			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 : ()													
出生歴	子宮内発育遅延 : [なし ・ あり]													

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: ())
	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 (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
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名 医療機関住所	記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		3		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	6 脂肪萎縮性糖尿病								受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 ・ 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 ()												
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	治癒 ・ 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													
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+]							
	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							
	HbA _{1c} : () %					グリコアルブミン : () %							
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]							
	神経障害 (アキレス腱反射の低下) : [なし ・ あり]					微量アルブミン尿 : () mg/gCre							
	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							
合併症	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 : ()									

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

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

医療機関住所

診療科
 医師名
 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

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 (具体的な疾病名:)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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 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()						
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							
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)				
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:()						

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

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

医療機関住所

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()