

告示番号		15		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2			
病名		76 グルカゴノーマ								受付種別		☐ 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 () 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (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 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 (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)													
症状		全身		全身倦怠感：[なし ・ あり]				食欲不振：[なし ・ あり]				体重減少：[なし ・ あり]			
				口渇：[なし ・ あり]				正色素性貧血：[なし ・ あり]							
		消化器		悪心・嘔吐：[なし ・ あり]				腹痛：[なし ・ あり]				腹部腫瘍：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		皮疹：[なし ・ あり]				口内炎・舌炎：[なし ・ あり]							
その他		低アミノ酸血症：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
症状		全身		全身倦怠感：[なし ・ あり]				食欲不振：[なし ・ あり]				体重減少：[なし ・ あり]			
				口渇：[なし ・ あり]				正色素性貧血：[なし ・ あり]							
		消化器		悪心・嘔吐：[なし ・ あり]				腹痛：[なし ・ あり]				腹部腫瘍：[なし ・ あり]			
		皮膚・粘膜		皮疹：[なし ・ あり]				口内炎・舌炎：[なし ・ あり]							
その他		低アミノ酸血症：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()													
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															
血液検査		血清アルブミン：()g/dL intact PTH：()pg/mL 血糖値 (随時)：()mg/dL				血清Ca：()mg/dL HbA _{1c} ：()% 血糖値 (空腹時)：()mg/dL				血清Ca (補正值)：()mg/dL グルカゴン：()ng/mL					
画像検査		CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)									
		部位：()													
		所見：()													
		内視鏡検査 (消化管)：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)									
		所見：()													
		画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)									
		部位：()													
		所見：()													
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
血液検査		血清アルブミン：()g/dL 血糖値 (随時)：()mg/dL				HbA _{1c} ：()% 血糖値 (空腹時)：()mg/dL				グルカゴン：()pg/mL					
画像検査		CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)									
		部位：() 所見：()													
		内視鏡検査 (消化管)：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)									
		所見：()													

