

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		☐ 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)														
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 _{1c} : ()%						
		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] 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+] 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 _{1c} : ()%														
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): ()														

