

小児慢性特定疾患(糖尿病)医療意見書 (平成 年度)

受給者番号 ()		新規(新規診断、転入 ^注) ()		継続、再開 ()	
患者	ふりがな 氏 名		男 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)
発病	平成 年 月 頃		初診日	平成 年 月 日	
疾患群	07 糖尿病	疾 患 名	I C D ()		
現在の症状： 平成 年 月 日の 身長 cm、 体重 kg 以下、該当するものに○を付け、必要な場合 () に記載してください。 多尿・多飲 (年 月 日頃より)、体重減少 (年 月 日頃より) 全身倦怠 (年 月 日頃より)、意識障害・昏睡 (年 月 日頃より) 学校検尿での発見(有、無)、その他 ()					
現在の治療： (1) インスリン、 (2) 経口血糖降下薬、 (3) IGF-1、 (4) 食事・運動療法のみ					
診断の根拠となった主な検査等の結果 (診断時の場合は数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況) 該当するものに○を付け、必要な場合 () に記載してください。 病型： 1型糖尿病、 2型糖尿病、 分類不能、 随時・空腹時血糖値 (mg/dl) Insulin (μU/ml)、HbA1c (%)、随時尿糖値・早朝尿糖値 (g/dl) ケトン尿 (-, +, ++, +++)、蛋白尿 (-, +, ++)、血清GAD抗体 (U/ml) 血清： Na (mEq/L)、K (mEq/L)、Cl (mEq/L) 中性脂肪 (mg/dl)、BUN (mg/dl)、クレアチニン (mg/dl) GOT (mIU/ml)、GPT (mIU/ml)、総コレステロール (mg/dl) O-GTT (2型糖尿病のみ) (g 負荷) : 前 (mg/dl) 1時間 (mg/dl)、2時間 (mg/dl)					
その他の現在の主な所見等： 糖尿病性合併症 (無、有) その他の合併症 (無、有)					
経過 (これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果) (1つに○印： 治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能)					
今後の治療方針					
治療見込期間	入 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
	通 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで (月 回)			
上記の通り診断する。		医療機関所在地 名称 科 平成 年 月 日 医師氏名 印			

注) 転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入してください。