

告示番号		28		神経・筋疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		17フォンヒッペル・リンドウ (von Hippel-Lindau) 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			
										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		小頭症 ( −2.0SD以下 ) : [ なし ・ あり ] 大頭症 (+2.0SD以上) : [ なし ・ あり ] 頭囲 : ( ) cm 頭囲SD : ( )											
症状	全身	低身長 ( −1.5SD以下 ) : [ なし ・ あり ] 多血症 : [ なし ・ あり ] 高血圧 : [ なし ・ あり ]											
	精神・神経	精神発達遅滞 : [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] 移動障害 : [ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 ( 移動可 ) ・ 坐位 ( 移動不可 ) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ] 小脳性運動失調 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 運動失調 ( その他 ) : ( )											
		てんかん : [ なし ・ あり ] 発作型 : ( ) 頻度 : [ 日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位 ]											
		腎・泌尿器	排尿障害 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )										
	腎機能障害 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )												
	消化器	排泄障害 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
	眼	視力障害 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
	その他	症状 ( その他 ) : ( )											
検査所見 ( 申請時 ) ※直近の状況を記載													
生理機能検査		脳波検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
画像検査		中枢神経系の血管芽腫 : [ なし ・ あり ] 網膜血管腫 : [ なし ・ あり ] 腎細胞癌 : [ なし ・ あり ] 腎嚢胞 ( 多発性 ) : [ なし ・ あり ] 褐色細胞腫 : [ なし ・ あり ] 精巣上体嚢胞 : [ なし ・ あり ] 脾嚢胞 ( 多発性 ) : [ なし ・ あり ] 脾ランゲルハンス氏島腫瘍 : [ なし ・ あり ] 内リンパ管腺腫 ( 側頭骨内 ) : [ なし ・ あり ] 所見 ( その他 ) : ( )											
発達・知能指数検査		発達・知能指数検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 実施時年齢 : ( 歳 か月 ) 検査名 : [ 田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他 ] 検査名 ( その他 ) : ( ) DQまたはIQ値 : ( )											
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) VHL 遺伝子異常 : [ なし ・ あり ] 遺伝子異常 ( その他 ) : ( )											
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		合併症 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
家族歴		本疾患の家族歴 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細 : ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

[illegible]