

<b>告示番号</b>	<b>16</b>	<b>皮膚疾患群</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	--------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	11 レックリングハウゼン (Recklinghausen) 病 (神経線維腫症 I 型)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
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	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 ( 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									
症状	皮膚・粘膜	カフェ・オ・レ斑 (6個以上): [ なし ・ あり ]		雀卵斑様色素斑 (小レックリングハウゼン斑): [ なし ・ あり ]					
	筋・骨格	四肢骨の変形: [ なし ・ あり ]		胸郭変形: [ なし ・ あり ]					
	精神・神経	側彎: [ なし ・ あり ]		Cobb角: ( ) 度					
		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 ]							
		発達障害: [ なし ・ あり ・ 不明 ]				自閉スペクトラム症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]			
	注意欠如多動症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]				限局性学習症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]				
	発達障害 (その他): ( )								
眼	虹彩小結節 (2個以上): [ なし ・ あり ]								
その他	頭蓋骨・顔面骨の欠損: [ なし ・ あり ]		視神経腫: [ なし ・ あり ]		神経線維腫 (神経): [ なし ・ あり ]				
	神経線維腫 (皮膚): [ なし ・ あり ]		個数: [ 200個未満 ・ 250個程度 ・ 500個程度 ・ 700個程度 ・ 1000個以上 ]						
	びまん性神経線維腫: [ なし ・ あり ]		全身麻酔下での切除の必要性: [ 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	皮膚・粘膜	カフェ・オ・レ斑 (6個以上): [ なし ・ あり ]		雀卵斑様色素斑 (小レックリングハウゼン斑): [ なし ・ あり ]					
	筋・骨格	四肢骨の変形: [ なし ・ あり ]		胸郭変形: [ なし ・ あり ]					
	精神・神経	側彎: [ なし ・ あり ]		Cobb角: ( ) 度					
		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 ]							
		発達障害: [ なし ・ あり ・ 不明 ]				自閉症スペクトラム症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]			
	注意欠如多動症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]				限局性学習症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]				
	発達障害 (その他): ( )								
眼	虹彩小結節 (2個以上): [ なし ・ あり ]								
その他	頭蓋骨・顔面骨の欠損: [ なし ・ あり ]		視神経腫: [ なし ・ あり ]		神経線維腫 (神経): [ なし ・ あり ]				
	神経線維腫 (皮膚): [ なし ・ あり ]		個数: [ 200個未満 ・ 250個程度 ・ 500個程度 ・ 700個程度 ・ 1000個以上 ]						
	びまん性神経線維腫: [ なし ・ あり ]		全身麻酔下での切除の必要性: [ 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									
画像検査	CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )				
所見: ( )									
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )				
所見: ( )									

告示番号 16		皮膚疾患群 ( )		年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( 年 月 日 )					
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							
画像検査	CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( 年 月 日 )					
眼科学的検査	眼科学的検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( 年 月 日 )					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	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	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 ]						
経過 (申請時) ※直近の状況を記載							
治療	治療経過：( )						
	びまん性神経線維腫への対策：[ なし ・ あり ] 詳細：( )						
	多数の神経の神経線維腫への対策：[ なし ・ あり ] 詳細：( )						
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		
治療見込み期間 (外来)		開始日：( 年 月 日 )	終了日：( 年 月 日 )				
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 ( )					