

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		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]			側彎 : [なし ・ あり] Cobb角 : () 度		
	精神・神経	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]			側彎 : [なし ・ あり] Cobb角 : () 度		
	精神・神経	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 14 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] 実施日：(年 月 日)
 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

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：()

遺伝学的検査 遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
 所見：()

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：()

治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)
 治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月

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 (印)
 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()