

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|------|--|----------|----------------------|------------------------------|---|---------------|--|------|--|--|
| 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"/> 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 | | | | | |
| | | 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 (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] | | | | | | |
| | 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] | | | 視神経膠腫 : [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 (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 | 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
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

(印)