

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 (継続申請用) 1/2

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]							
	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)
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 ()			