

病名		88 神経鞘腫				受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続</div> <div><input type="checkbox"/> 転入 → ()</div> <div>転出実施主体名</div>			
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日									
氏名		(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所		郵便番号 (ー) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日		年 月 日					性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重		g	出生週数	在胎	週	日					
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢	満	歳	か月 日				
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	%		
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											
最終受診日		(年 月 日)									
症 状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 易感染性 : [なし ・ あり] 易疲労性 : [なし ・ あり]									
	消化器	肝機能障害 : [なし ・ あり] 消化器症状 : [なし ・ あり]									
	内分泌・代謝	性腺機能低下 : [なし ・ あり] 耐糖能異常 : [なし ・ あり] 甲状腺機能低下 : [なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	腎機能低下 : [なし ・ あり]									
	呼吸器・循環器	心機能障害 (不整脈含む) : [なし ・ あり] 呼吸障害 : [なし ・ あり]									
	筋・骨格	大腿骨頭壊死 : [なし ・ あり] 骨密度低下 : [なし ・ あり] 筋・軟部組織障害 : [なし ・ あり]									
	皮膚・粘膜	皮膚障害 : [なし ・ あり] 毛髪異常 : [なし ・ あり]									
	精神・神経	白質脳症 : [なし ・ あり] 抑鬱 : [なし ・ あり] 末梢神経障害 : [なし ・ あり] 認知機能障害 : [なし ・ あり] てんかん : [なし ・ あり] 発達障害 : [なし ・ あり]									
		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]									
	耳鼻咽喉	聴力障害 : [なし ・ あり]									
その他	慢性GVH病:皮膚障害 : [なし ・ あり] 慢性GVH病:毛髪異常 : [なし ・ あり] 慢性GVH病:口腔粘膜障害 : [なし ・ あり] 慢性GVH病:眼症状 : [なし ・ あり] 慢性GVH病:呼吸障害 : [なし ・ あり] 慢性GVH病:肝機能障害 : [なし ・ あり] 慢性GVH病:骨格筋障害 : [なし ・ あり]										
	二次がん : [なし ・ あり] 詳細 : ()										
	歯牙異常 : [なし ・ あり] 自己免疫疾患 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()										
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査		α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) hCG- βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) 絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)									
		腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()									
画像検査		画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 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		神経線維腫症1型の合併 : [なし ・ あり] 遺伝性腫瘍症候群 (その他) の合併 : [なし ・ あり] 合併症 (その他) : ()									

