

告示番号		17		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		<div><input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入 → ()</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 (-) 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													
最終受診日		(年 月 日)											
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				
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（ ）				
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				
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日				
電話番号					
	診療科				
	医師名				
	小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）				

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
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