

告示番号		13		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					
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()					
ふりがな						(変更があった場合)									
氏名						ふりがな									
(Alphabet)						(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					
										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]											
				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													

受給者番号 () 患者氏名 ()

告示番号 13

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〉

2/2

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

医療機関住所

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

 $(\exists \mathbb{P})$