

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 (新規申請用)	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"/> 新規
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)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載						
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): ()						
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] 自閉症スペクトラム症: [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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載						
画像検査	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
眼科学的検査	眼科学的検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			

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 (新規申請用)	2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		
検査所見 (その他)	検査所見 (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)		
眼科学的検査	眼科学的検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		
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: ()				
今後の治療方針	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: ()				
就学・就労状況	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	()	

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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