

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 → ( )		
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
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		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 ]			
	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 )				
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: ( )						
	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 ( )		

・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