告示番号 **11** **皮膚疾患** **平成（　　）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書**

受給者番号（　　）	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 （転出地：　　）				
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成　　年　　月　　日（満　　歳）	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎　　週
現在の身長※2	.　　cm	現在の体重※2	.　　kg	母の生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
発病	年　　月 頃	初診日	年　　月　　日		
大分類病名	6 レックリングハウゼン（Recklinghausen）病（神経線維腫症Ⅰ型）	細分類病名	11 レックリングハウゼン（Recklinghausen）病（神経線維腫症Ⅰ型）		

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1.臨床所見

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載

身長・体重・頭囲測定日　（　　年　　月　　日）

頭囲　（　　）cm

現在の症状

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 ）
皮膚の神経線維腫（2個以上）	（ なし ・ あり ）	神経の神経線維腫	（ なし ・ あり ）
びまん性神経線維腫	（ なし ・ あり ）	頭蓋骨・顔面骨の欠損	（ なし ・ あり ）
四肢骨の変形	（ なし ・ あり ）	脊柱・胸郭の変形	（ なし ・ あり ）
虹彩小結節（2個以上）	（ なし ・ あり ）	視神経膠腫	（ なし ・ あり ）
学習障害	（ なし ・ あり ）	注意欠陥多動症	（ なし ・ あり ）
家族歴	（ なし ・ あり ）		

運動機能　（ 寝たきり ・ 座れる ・ 歩行障害あり ・ 歩ける ・ 走れる ）

2.検査所見

診断の根拠となった主な検査等の結果

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載（数値を用いて具体的に。継続は現在の状況を記載）

眼科的検査　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

CTまたはMRI検査　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

遺伝子診断　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

その他の検査　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

3.その他の所見

その他の現在の所見など

合併症　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

4. 経 過

現在の治療

過去の主な治療・検査など

5. 今後の療法方針

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：　　）

就学・就労

1. 就学前　2. 小中学校（ 通常学級・ 通級 ・ 特別支援学級 ）　3. 特別支援学校（ 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ）

4. 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　5. 大学（短期大学を含む）　6. 就労（就学中の就労も含む）

7. 未就学かつ未就労　8. その他（　　）

現状評価

一つに○印 ： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能

小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明　　人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明

治療見込期間

入院	年	月	日 から	年	月	日 まで
通院	年	月	日 から	年	月	日 まで　（ 月　　回 ）

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

科

平成　　年　　月　　日　　医師名　　印

1212-1.0.1