

病名	11 レックリングハウゼン (Recklinghausen) 病 (神経線維腫Ⅰ型)										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		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 (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														
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											
			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 ]											
	精神・神経		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											
			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 ]											
	精神・神経		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 ) 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 : ( )												

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〈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 ) 所見：( )												
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 ) 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									
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												
医療機関住所													
	診療科												
	医師名												
	小児慢性特定疾病 指定医番号 (      ) (印)												