

## 034-2 神経線維腫症 (II 型)

## ■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

## ■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

理学所見			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/分	体温	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 度
拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
症候			
斑	色素斑	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	色素斑の個数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個	
中枢神経腫瘍	右聴神経鞘腫（前庭神経鞘腫）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	左聴神経鞘腫（前庭神経鞘腫）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	右三叉神経鞘腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	左三叉神経鞘腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	

他の脳神経鞘腫	III、IV、VI 脳神経	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	VII 脳神経	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	IX、X、XI 脳神経	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	XII 脳神経	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
頭蓋内髄膜腫・ 眼窩内腫瘍	頭蓋内髄膜腫	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	頭蓋内髄膜腫の個数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個		
	脳室内髄膜腫	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	眼窩内腫瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
脊髄腫瘍	脊髄神経鞘腫	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	脊髄神経鞘腫の個数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個		
	脊髄髄膜腫	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	脊髄髄膜腫の個数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個		
	脊髄神経膠腫（多くは上位腫）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
皮膚・皮下腫瘍	末梢神経鞘腫	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	神経鞘腫の個数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個		
若年性白内障	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
造影 MRI 検査の 実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	内容			
CT 検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	内容			

聴力検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 純音聴力検査 <input type="checkbox"/> 2. 語音聴力検査 <input type="checkbox"/> 3. 聴性脳幹反応検査 <input type="checkbox"/> 4. 未実施	
眼科的検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	内容	

### B. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 非実施
<input type="checkbox"/> merlin 遺伝子	

### <診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite 1: MRI または CT で両側聴神経腫瘍(前庭神経鞘腫)を認める
<input type="checkbox"/> Definite 2: 親・子・兄弟姉妹のいずれかにおいて家族歴が存在し、片側性の聴神経腫瘍(前庭神経腫)、または神経鞘腫・髄膜腫・神経膠腫・若年性白内障のうちいずれか2種類が存在する
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など \*250文字以内かつ7行以内

--

### ■ 発症と経過

経過の状態	<input type="checkbox"/> 1. 治癒 <input type="checkbox"/> 2. 軽快 <input type="checkbox"/> 3. 不変 <input type="checkbox"/> 4. 徐々に悪化 <input type="checkbox"/> 5. 急速に悪化 <input type="checkbox"/> 6. その他			
後遺症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	後遺症の内容			

■ 重症度分類に関する事項

神経線維腫症 II 型のスコア (神経症状)	
右聴力レベル	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dB
	<input type="checkbox"/> 1. 右聴力レベルが 70dB 以上 100dB 未満 (1 点) <input type="checkbox"/> 2. 右聴力レベルが 100dB 以上 (2 点)
左聴力レベル	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dB
	<input type="checkbox"/> 1. 左聴力レベルが 70dB 以上 100dB 未満 (1 点) <input type="checkbox"/> 2. 左聴力レベルが 100dB 以上 (2 点)
顔面神経麻痺	<input type="checkbox"/> 1. 一側麻痺 (1 点) <input type="checkbox"/> 2. 両側麻痺 (2 点) <input type="checkbox"/> 3. なし
小脳失調	<input type="checkbox"/> 1. あり (1 点) <input type="checkbox"/> 2. なし
一側または 両側顔面知覚低下	<input type="checkbox"/> 1. あり (1 点) <input type="checkbox"/> 2. なし
嚥下障害または 構音障害	<input type="checkbox"/> 1. あり (2 点) <input type="checkbox"/> 2. なし
複視	<input type="checkbox"/> 1. あり (1 点) <input type="checkbox"/> 2. なし
視力障害	<input type="checkbox"/> 1. 一側失明 (2 点) <input type="checkbox"/> 2. 両側失明 (4 点) <input type="checkbox"/> 3. なし
半身麻痺	<input type="checkbox"/> 1. あり (2 点) <input type="checkbox"/> 2. なし
失語	<input type="checkbox"/> 1. あり (2 点) <input type="checkbox"/> 2. なし
記銘力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり (1 点) <input type="checkbox"/> 2. なし
痙攣発作	<input type="checkbox"/> 1. あり (1 点) <input type="checkbox"/> 2. なし
脊髄症状	<input type="checkbox"/> 1. 軽度 (2 点) <input type="checkbox"/> 2. 高度 (4 点) <input type="checkbox"/> 3. なし
	軽度脊髄症状の種類 <input type="checkbox"/> 1. 痛み <input type="checkbox"/> 2. 歩行障害 <input type="checkbox"/> 3. 上肢脱力 <input type="checkbox"/> 4. 排尿排便障害
	高度脊髄症状の種類 <input type="checkbox"/> 1. 歩行不能 <input type="checkbox"/> 2. 一側または両側の上肢機能全廃
スコア合計	<input type="text"/> <input type="text"/> 点
重症度分類	
重症度	<input type="checkbox"/> 1. Stage0 (0 点) <input type="checkbox"/> 2. Stage1 (1 点) <input type="checkbox"/> 3. Stage2 (2 点) <input type="checkbox"/> 4. Stage3 (3 点) <input type="checkbox"/> 5. Stage4 (4 点以上)

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。）
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、  
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。