

臨床調査個人票 認定 不認定
034 - 2. 神経線維腫症- II 型
(更新)

※診断書には過去6ヶ月間で一番悪い状態の内容を記載してください。
 ※診断基準、重症度分類については、「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。

■基本情報

| | | | |
|------------|-------|-----------|-----------|
| 氏名および受給者番号 | | 受給者番号 () | |
| 姓(漢字) | 名(漢字) | 姓(かな) | 名(かな) |
| 住所 | | | |
| 郵便番号 | | 住所 | |
| 生年月日等 | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 |
| | | 日 | 性別 |
| | | | 1. 男 2. 女 |

■重症度分類に関する事項

| | |
|--|------------------------------------|
| ※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。 | |
| 研究班の重症度分類でStage1以上 | 左記の重症度を 1. 満たす 2. 満たさない (*軽症者へ) |

(*軽症者) 審査の結果、「重症度を満たさない」と判定された場合は、更新申請手続きを行う月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費(10割分)が33,330円を超える月数が3か月以上あることを確認できる「自己負担上限額管理票」等の提出を行わないと、医療費助成は継続されません。

| | | | |
|------------------------|--|---|---|
| 神経線維腫症- II 型のスコア(神経症状) | | | |
| 以下の各項目のうち、該当するものにチェック☑ | | | |
| 右聴カレベル | <input type="checkbox"/> 70dB未満(0点) | <input type="checkbox"/> 70dB以上100dB未満(1点) | <input type="checkbox"/> 100dB以上(2点) |
| 左聴カレベル | <input type="checkbox"/> 70dB未満(0点) | <input type="checkbox"/> 70dB以上100dB未満(1点) | <input type="checkbox"/> 100dB以上(3点) |
| 一側顔面神経麻痺 | <input type="checkbox"/> あり(1点) <input type="checkbox"/> なし(0点) | 両側顔面神経麻痺 | <input type="checkbox"/> あり(2点) <input type="checkbox"/> なし(0点) |
| 小脳失調 | <input type="checkbox"/> あり(1点) <input type="checkbox"/> なし(0点) | 一側又は両側顔面知覚低下 | <input type="checkbox"/> あり(1点) <input type="checkbox"/> なし(0点) |
| 嚥下障害又は構音障害 | <input type="checkbox"/> あり(2点) <input type="checkbox"/> なし(0点) | 複視 | <input type="checkbox"/> あり(1点) <input type="checkbox"/> なし(0点) |
| 一側失明 | <input type="checkbox"/> あり(2点) <input type="checkbox"/> なし(0点) | 両側失明 | <input type="checkbox"/> あり(4点) <input type="checkbox"/> なし(0点) |
| 半身麻痺 | <input type="checkbox"/> あり(2点) <input type="checkbox"/> なし(0点) | 失語 | <input type="checkbox"/> あり(2点) <input type="checkbox"/> なし(0点) |
| 記銘力低下 | <input type="checkbox"/> あり(1点) <input type="checkbox"/> なし(0点) | 痙攣発作 | <input type="checkbox"/> あり(1点) <input type="checkbox"/> なし(0点) |
| 軽度脊髄症状 | <input type="checkbox"/> あり(2点) <input type="checkbox"/> なし(0点) | | |
| | 軽度脊髄症状の種類 | <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 上肢脱力 <input type="checkbox"/> 排尿排便障害 | |
| 高度脊髄症状 | <input type="checkbox"/> あり(4点) <input type="checkbox"/> なし(0点) | | |
| | 高度脊髄症状の種類 | <input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> 一側又は両側の上肢機能全廃 | |
| スコア合計 | 点 (認定基準に基づき各項目の点数を合計し、記入してください) | | |
| 重症度分類 | <input type="checkbox"/> Stage0(スコア合計0点) <input type="checkbox"/> Stage1(スコア合計1点) <input type="checkbox"/> Stage2(スコア合計2点) | | |
| | <input type="checkbox"/> Stage3(スコア合計3点) <input type="checkbox"/> Stage4(スコア合計4点以上) | | |

■発症と経過

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 発病時の状況 | | | | | | | | | | | | | |
| 発症年月 | 西暦 | 年 | 月 | | | | | | | | | | |
| 経過 | | | | | | | | | | | | | |
| 経過の状態 | 1. 治癒 2. 軽快 3. 不変 4. 徐々に悪化 5. 急速に悪化 6. その他() | | | | | | | | | | | | |
| MRI | | | | | | | | | | | | | |
| 実施日 | 西暦 | 年 | 月 日 | | | | | | | | | | |
| 前回実施日 | 西暦 | 年 | 月 日 | | | | | | | | | | |
| 所見 (前回MRIとの変化を中心に記載) | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 聴力検査 (直近の実施日を記載) | | | | | | | | | | | | | |
| 純音聴力検査 | 西暦 | 年 | 月 日 | | | | | | | | | | |
| 語音聴力検査 | 西暦 | 年 | 月 日 | | | | | | | | | | |
| 聴性脳幹反応検査 | 西暦 | 年 | 月 日 | | | | | | | | | | |
| 所見 (聴力レベルの変化を中心に記載) | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| その他特記事項 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 人工呼吸器 (使用者のみ詳細記入) ※本疾患により装着している者に限る | | | | | | | | | | | | | |
| 使用の有無 | 1. あり 2. なし | | | | | | | | | | | | |
| <以下有の場合> 開始時期 | 西暦 | 年 月 | 離脱の見込み 1. あり 2. なし | | | | | | | | | | |
| 種類 | 1. 気管切開口を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器 | | | | | | | | | | | | |
| 施行状況 | 1. 間欠的施行 2. 夜間に継続的に施行 3. 一日中施行 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 | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関所在地 | 医師の氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | _____ | | | | | | | | | | | | |
| 記載年月日: 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

この臨床調査個人票は、大阪府更新申請用です。「難病指定医」又は「協力難病指定医」でなければ作成できません。