

83 母斑症 (神経皮膚黒色症) 臨床調査個人票 (案) (1.新規)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年月日	1.明治 3.昭和	2.大正 4.平成	年	月	日生 歳			
氏名													
住所	郵便番号	電話 ( )		出生都道府県	発病時在住都道府県								
発病年月	1.昭和 2.平成	年	月	(満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日	保険種別	1.協 4.共	2.組 5.国	3.船 6.後
身体障害者 手帳	1.あり (等級 ____ 級) 2.なし		介護認定	1.要介護 (要介護度 ____)		2.要支援		3.なし					
生活状況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他 (____)) 日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)												
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明		受診状況 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 (____/月)		4.往診あり 5.入院なし 6.その他 (____)							

該当の□にレ印を記入してください。 \_\_\_\_\_ 部には具体的に記述してください。

1 発症と経過

2 主要臨床所見

出生時からの巨大又は多発性の色素斑	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
造影MRI又はCTで脳脊髄軟膜における病変(母斑)描出	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし

3 その他所見

水頭症	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
頭痛・嘔吐	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
けいれん発作・失神発作	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
発育障害	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
振戦	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし

上記以外で認めた臨床所見があれば、記載してください。

4 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□にレ印を記入し、実施された場合には、詳細を右に記載してください。

CT検査:	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施	→	検査年月日: 年 月 日、造影剤の使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
MRI検査:	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施	→	検査年月日: 年 月 日、造影剤の使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
X線検査:	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施	→	検査年月日: 年 月 日
遺伝子検査:	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施	→	検査年月日: 年 月 日
その他検査:	<input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施	→	検査年月日: 年 月 日、検査名 ( )

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

5 治療内容 (実施された治療内容及び今後の治療予定について、具体的に記載してください。)

6 重症度分類

① 記載日前6か月以内で、継続して認めた症状の□にレ印を記入してください。全て該当がない場合は、全て該当なしの□にレ印を記入してください。

全て該当なし → 以下の②を記載してください。

<input type="checkbox"/> 運動障害	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 自閉傾向
<input type="checkbox"/> 行動障害 (自傷行為又は多動)	<input type="checkbox"/> けいれん発作	<input type="checkbox"/> 意識障害
<input type="checkbox"/> 皮膚所見 (当該疾病に特徴的で、治療を要するもの)	<input type="checkbox"/> 呼吸異常	<input type="checkbox"/> 体温調節異常
<input type="checkbox"/> 温痛覚低下	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 脱臼

※ 上記①で、全て該当なしの場合のみ、以下を記載してください。

② 腫瘍の合併 (発症以降いずれの時点のものでも構いませんので、腫瘍の合併について記載してください。)

腫瘍の合併	<input type="checkbox"/> 1.あり (腫瘍の部位: _____) <input type="checkbox"/> 2.なし
(腫瘍の合併がある場合、診断根拠等について、以下に詳細を記載してください。)	
① 生検:	検査年月日 _____ 年 月 日 病理組織所見: _____
② 手術:	術式 _____ 検査年月日 _____ 年 月 日 手術で認めた所見 (肉眼的、組織学的所見を含む。): _____
③ 画像診断:	検査内容 _____ 検査年月日 _____ 年 月 日 画像検査所見: _____

医療機関名	医療機関コード
医療機関所在地	
担当医師 氏名	記載年月日: 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(注) 1 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、認定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ます。)  
2 治療開始後における重症度分類については、認定基準上に特段の規定がない場合には、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。  
3 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。  
4 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。



83 母斑症（神経皮膚黒色症） 臨床調査個人票（案） (2.更新)

ふりがな																										
氏名	性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年	月	日生 (満 歳)																			
住所	郵便番号	電話 ( )		出生 都道府県	発病時在住 都道府県																					
発病年月	1.昭和 2.平成	年	月	(満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日	保険種別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後															
身障手帳	1.あり (等級 級) 2.なし	介護保険	1.あり (要介護度 ) 2.要支援 3.なし																							
生活状況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他 ( ))							初回認定年月																		
	日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)							1.昭和 年 月 2.平成 年 月																		
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合 (続柄 )	受診状況 (最近1年)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 ( /月) 4.往診 5.入通院なし 6.その他 ( )																							
治療と経過 (具体的に記述)																										
治療 (治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他 ( ))																										
<p>① 検査所見 (最近1年間に実施していれば、記載してください。)</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>② 治療内容 (最近1年間に実施された治療内容及び今後の治療予定について、具体的に記載してください。)</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>③ 重症度分類</p> <p>① 記載日前6か月以内で、継続して認めた症状の□に✓印を記入してください。全て該当がない場合は、全て該当なしの□に✓印を記入してください。</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">□ 全て該当なし → 以下の②を記載してください。</td> </tr> <tr> <td>□ 運動障害</td> <td>□ 知的障害</td> <td>□ 自閉傾向</td> </tr> <tr> <td>□ 行動障害 (自傷行為又は多動)</td> <td>□ けいれん発作</td> <td>□ 意識障害</td> </tr> <tr> <td>□ 皮膚所見 (当該疾病に特徴的で、治療を要するもの)</td> <td>□ 呼吸異常</td> <td>□ 体温調節異常</td> </tr> <tr> <td>□ 温痛覚低下</td> <td>□ 骨折</td> <td>□ 脱臼</td> </tr> </table>												□ 全て該当なし → 以下の②を記載してください。			□ 運動障害	□ 知的障害	□ 自閉傾向	□ 行動障害 (自傷行為又は多動)	□ けいれん発作	□ 意識障害	□ 皮膚所見 (当該疾病に特徴的で、治療を要するもの)	□ 呼吸異常	□ 体温調節異常	□ 温痛覚低下	□ 骨折	□ 脱臼
□ 全て該当なし → 以下の②を記載してください。																										
□ 運動障害	□ 知的障害	□ 自閉傾向																								
□ 行動障害 (自傷行為又は多動)	□ けいれん発作	□ 意識障害																								
□ 皮膚所見 (当該疾病に特徴的で、治療を要するもの)	□ 呼吸異常	□ 体温調節異常																								
□ 温痛覚低下	□ 骨折	□ 脱臼																								

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

※ 上記①で、全て該当なしの場合のみ、以下を記載してください。

② 腫瘍の合併 (発症以降いずれの時点のものでも構いませんので、腫瘍の合併について記載してください。)

腫瘍の合併	□ 1.あり (腫瘍の部位: ) □ 2.なし
(腫瘍の合併がある場合、診断根拠等について、以下に詳細を記載してください。)	
① 生検:	検査年月日 年 月 日 病理組織所見:
② 手術:	術式 検査年月日 年 月 日 手術で認めた所見 (肉眼的、組織学的所見を含む.):
③ 画像診断:	検査内容 検査年月日 年 月 日 画像検査所見:

医療上の問題点

医療機関名 医療機関コード

医療機関所在地

担当医師 氏名 (印) 記載年月日:平成 年 月 日

(注) 1 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、認定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。)

2 治療開始後における重症度分類については、認定基準上に特段の規定がない場合には、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。

3 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。

4 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

◆母斑症（神経皮膚黒色症）の医療費助成認定基準◆

（診断基準）

以下の1及び2を満たし、かつ、3の1項目以上を満たすもの

- 1 主要臨床症状  
出生時から巨大または多発性の色素斑がある。
- 2 重要な検査所見  
造影 MRI または CT で脳脊髄軟膜における病変（母斑）描出
- 3 その他の所見
  - ① 水頭症
  - ② 頭痛・嘔吐
  - ③ けいれん発作・失神発作
  - ④ 発育障害
  - ⑤ 振戦

（重症度分類等）

以下の1又は2に該当する場合を重症例として対象とする。  
ただし、2の腫瘍の合併については、直近6か月以前に確認された場合も該当とする。

- 1 運動障害、知的障害、自閉傾向、行動障害（自傷行為又は多動）、けいれん発作、意識障害、皮膚所見（疾病に特徴的で、治療を要するものをいう。）、呼吸異常、体温調節異常、温痛覚低下、骨折又は脱臼のうち一つ以上の症状が続く場合
- 2 腫瘍を合併し、生検若しくは手術により組織と部位が明確に診断されている、又は、脳を含む病理組織診断が不可能な部位であって画像診断により診断された場合

- ・ レックリングハウゼン病は、指定難病 34「神経線維腫症」で申請してください。
- ・ スタージ・ウエーバー病は、指定難病 157「スタージ・ウエーバー症候群」で申請してください。
- ・ ブーヌビュ・プリングル病（結節性硬化症）は、指定難病 158「結節性硬化症」で申請してください。
- ・ クリッペル・ウエーバー病は、指定難病 281「クリッペル・トレノネー・ウエーバー症候群」で申請してください。

裏面に医療費等助成認定基準があります。

受給者 番号											審査		
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--

東京都福祉保健局 申請書

（種別） (英) 難病認定申請書 (自治体別) 東京都 58

氏名	〒	市	区	町	丁目	番	号
生年月日	性別	年齢	職業	学歴	家族構成	世帯主	世帯収入
申請理由	1. 診断機関 2. 診断内容 3. 治療内容 4. 経過						
申請希望期間	申請希望額	申請希望回数	備考				

申請者	申請日	受付日	受付場所
-----	-----	-----	------