

40-1 神経線維腫症 (I 型) 臨床調査個人票

(2. 更新)

ふりがな	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)
氏 名	郵便番号		出 生 都 道 府 県		発病時在住 都 道 府 県	
住 所	電 話 ()					
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. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老
身 体 障 害 者 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)					
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. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 ()					
発症と経過 (具体的に記述)						
【WISH 入力不要】						
最 近 の 経 過	1. 軽快 2. 不変 3. 徐々に悪化 4. 急速に悪化 5. 不明					
臨 床 症 状						
(1) 主要症状						
① カフェ・オ・レ斑 (6 個以上)	1. あり	2. なし	3. 不明			
② 小レックリングハウゼン斑	1. あり	2. なし	3. 不明			
③ 皮膚の神経線維腫	1. あり	2. なし	3. 不明			
④ びまん性神経線維腫	1. あり	2. なし	3. 不明			
(2) その他の症状						
① 骨病変	1. あり	2. なし	3. 不明			
脊 柱・胸郭の変形	1. あり	2. なし	3. 不明			
頭蓋骨・顔面骨の骨欠損	1. あり	2. なし	3. 不明			
その他	1. あり ()	2. なし	3. 不明
② 眼病変	1. あり	2. なし	3. 不明			
虹彩小結節	1. あり	2. なし	3. 不明			
視神経膠腫	1. あり ()	2. なし	3. 不明
③ その他	1. あり ()	2. なし	3. 不明
重 症 度 (DNB 分類)						
						該当するものに ○をつけること
① 皮膚症状	D1	色素斑と少数の神経線維腫が存在する				
	D2	色素斑と比較的多数の神経線維腫が存在する				
	D3	顔面を含めて極めて多数の神経線維腫が存在する				
	D4	機能障害又は悪性末梢神経鞘腫瘍の併発あり				
	D4a	びまん性神経線維腫などによる機能障害又は著しい身体的苦痛あり				
D4b	悪性末梢神経鞘腫瘍の併発あり					
② 神経症状	N0	神経症状なし				
	N1	麻痺、痛み等の神経症状や神経系に異常所見がある				
	N2	高度あるいは進行性の神経症状や異常所見あり				
	N2a	高度の学習能力低下あり				
N2b	進行性や多発性の中枢神経系腫瘍が存在する					
③ 骨症状	B0	骨症状なし				
	B1	軽度の脊柱変形ないし四肢骨変形あり				
	B2	中程度の non- dystrophic type の脊柱変形あり				
	B3	高度の骨病変あり [四肢骨変形、骨折、偽関節、dystrophic type の脊柱変形 (側弯あるいは後弯)、頭蓋骨欠損又は顔面骨欠損]				

重症度分類			該当するものに ○をつけること
Stage 1	D1 であって、N0 かつ B0, 又は B1 であるもの	日常・社会生活活動にほとんど問題がない。	
Stage 2	D1 又は D2 であって N2, 及び B3 を含まないもの	日常・社会生活活動に問題があるが軽度	
Stage 3	D3 であって N0 かつ B0 であるもの	日常生活に問題はないが、社会生活上の問題が大きい。	
Stage 4	D3 であって N1 又は B1、2 のいずれかを含むもの (ただし Stage 5 に含まれるものを除く)	日常生活に軽度の問題があり、社会生活上の問題が大きい。	
Stage 5	D4, N2, B3 のいずれかを含むもの	身体的異常が高度で、日常生活の支障が大きい。	
治療 (更新時は、最近 1 年間で行った治療を記入のこと)			
(1)手術	1. あり (対象部位: _____)	2. なし	
(2)その他	1. あり (_____)	2. なし	
医療上の問題点			
【WISH入力不要】			
医療機関名			
医療機関所在地			
電話番号 ()			
医師の氏名			
印			
記載年月日: 平成 年 月 日			