

都 8 3 母斑症（指定難病を除く。）

医療費助成の対象は、以下の①～④に限られる。

- ① ヒッペル・リンドー病
- ② マフチ症候群
- ③ 皮膚神経黒色症
- ④ 基底細胞母斑症候群

左の表の主要所見の3種（**1** 皮膚所見、**2** 神経系所見、**3** その他の所見）のうち、2種以上にわたり、各1項目以上の所見があるもの（計2項目以上必要）。

	1 皮膚所見	2 神経系所見	3 その他の所見
ヒッペル・リンドー病	<input type="checkbox"/> 血管腫	<input type="checkbox"/> 小脳・脊髄血管腫	<input type="checkbox"/> 腎・膝血管腫 <input type="checkbox"/> 眼網膜血管腫 → <input type="checkbox"/> 緑内障
マフチ症候群	<input type="checkbox"/> 多発性血管腫 <input type="checkbox"/> 時にリンパ管腫		<input type="checkbox"/> 長管骨骨端軟骨発育不全 <input type="checkbox"/> 骨変形、骨折
皮膚神経黒色病	<input type="checkbox"/> 獣皮様母斑	<input type="checkbox"/> 脳圧亢進症状 <input type="checkbox"/> てんかん発作 <input type="checkbox"/> 軟脳膜色素斑	
基底細胞母斑症候群	<input type="checkbox"/> 多発性基底細胞腫 <input type="checkbox"/> 掌蹠小陥凹 <input type="checkbox"/> 特異な顔貌	<input type="checkbox"/> 知能障害	<input type="checkbox"/> 多発性顎骨嚢腫 <input type="checkbox"/> 脊椎奇形 <input type="checkbox"/> 二分肋骨