

告示番号		44		血液疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/2												
病名		28 ファンコニ（Fanconi）貧血										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規												
受給者番号				受診日		年		月		日																
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)																			
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定								
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県		( ) 市区町村								
現在の身長・体重		身長 (測定日)		年		月		日		cm ( SD)		体重 (測定日)		年		月		日		kg ( SD)		BMI				
																				肥満度						
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日												
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )																								
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)										療育手帳		なし ・ あり										
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)																				
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能										運動制限の必要性				なし ・ あり										
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当								する ・ しない ・ 不明								
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																										
現在の生活状態		社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動（その他）：( ) 日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ]																								
症状	全身	低身長（身長-2.0SD以下）：[ なし ・ あり ]										易感染性：[ なし ・ あり ]					貧血：[ なし ・ あり ]									
	皮膚・粘膜	色素沈着：[ なし ・ あり ]										出血斑：[ なし ・ あり ]					紫斑：[ なし ・ あり ]									
	消化器	黄疸：[ なし ・ あり ]										肝腫大：[ なし ・ あり ]					脾腫大：[ なし ・ あり ]									
		下血：[ なし ・ あり ]										消化管出血：[ なし ・ あり ]														
	筋・骨格	四肢・骨格奇形：[ なし ・ あり ]																								
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]																						脳出血：[ なし ・ あり ]		
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[ なし ・ あり ]										過多月経：[ なし ・ あり ]														
	耳鼻咽喉	鼻出血：[ なし ・ あり ]																								
その他	小奇形：[ なし ・ あり ] 歯肉出血：[ なし ・ あり ] 症状（その他）：( )																									
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																										
現在の生活状態		社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動（その他）：( ) 日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ]																								
症状	全身	低身長（身長-2.0SD以下）：[ なし ・ あり ]										易感染性：[ なし ・ あり ]					貧血：[ なし ・ あり ]									
	皮膚・粘膜	色素沈着：[ なし ・ あり ]										出血斑：[ なし ・ あり ]					紫斑：[ なし ・ あり ]									
	消化器	黄疸：[ なし ・ あり ]										肝腫大：[ なし ・ あり ]					脾腫大：[ なし ・ あり ]									
		下血：[ なし ・ あり ]										消化管出血：[ なし ・ あり ]														
	筋・骨格	四肢・骨格奇形：[ なし ・ あり ]																								
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]																						脳出血：[ なし ・ あり ]		
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[ なし ・ あり ]										過多月経：[ なし ・ あり ]														
	耳鼻咽喉	鼻出血：[ なし ・ あり ]																								
その他	小奇形：[ なし ・ あり ] 歯肉出血：[ なし ・ あり ] 症状（その他）：( )																									
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																										
血液検査		白血球数：( )/μL 好中球：( )%										リンパ球：( )%					単球：( )%									
		好酸球：( )%										網赤血球：( )%					好中球数：( )/μL									
		赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL										ヘモグロビン（Hb）：( )g/dL					ヘモグロビンF（HbF）：( )%									
		平均赤血球容積（MCV）：( )fL										血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL														
		末梢血白血球形態異常：[ なし ・ あり ]																								
		所見：( )																								
末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]																										
		所見：( )																								
骨髓検査		骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：( 年 月 日 )														
		赤芽球系：( )%										顆粒球系：( )%					単球系：( )%					リンパ球系：( )%				
		芽球系：( )%										有核細胞数：( )×10 <sup>4</sup> /μL					巨核球数：( )/mL									
		造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ]										骨髓球系：[ なし ・ あり ]					巨核球：[ なし ・ あり ]									
病理検査		骨髓生検：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：( 年 月 日 )														
		所見：( )																								
画像検査		超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：( 年 月 日 )														
		所見：( )																								
CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )																								
		所見：( )																								

受給者番号（		）		患者氏名（		）				
告示番号	44	血液疾患		（		）		年度	小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）	2/2
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）									
	所見：（ ）									
	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）									
	所見：（ ）									
	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）									
所見：（ ）										
染色体脆弱性試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）										
所見：（ ）										
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ ）									
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載										
血液検査	白血球数：（ ）/μL 好中球：（ ）% リンパ球：（ ）% 単球：（ ）% 好酸球：（ ）% 網赤血球：（ ）‰ 好中球数：（ ）/μL 赤血球数：（ ）×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL ヘモグロビンF（HbF）：（ ）% 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 <sup>4</sup> /μL									
	末梢血白血球形態異常：[ なし ・ あり ]									
	所見：（ ）									
	末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]									
所見：（ ）										
骨髄検査	骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）									
	赤芽球系：（ ）% 顆粒球系：（ ）% 単球系：（ ）% リンパ球系：（ ）% 芽球系：（ ）% 有核細胞数：（ ）×10 <sup>4</sup> /μL 巨核球数：（ ）/mL 造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ] 骨髄球系：[ なし ・ あり ] 巨核球：[ なし ・ あり ]									
病理検査	骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）									
所見：（ ）										
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）									
	所見：（ ）									
CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）										
所見：（ ）										
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）									
	所見：（ ）									
	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）									
	所見：（ ）									
	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）									
所見：（ ）										
染色体脆弱性試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）										
所見：（ ）										
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ ）									
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載										
合併症	合併症：[ なし ・ あり ]									
	詳細：（ ）									
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]									
重症度分類	重症度（再生不良性貧血）：[ 軽症（Stage1） ・ 中等症（Stage2） ・ やや重症（Stage3） ・ 重症（Stage4） ・ 最重症（Stage5） ]									
経過（申請時） ※直近の状況を記載										
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：（ ）									
	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：（ ）									
	抗腫瘍薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：（ ）									
	抗いけいん薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：（ ）									
ステロイド薬：[ なし ・ あり ] G-CSF療法：[ なし ・ あり ] 除鉄剤：[ なし ・ あり ]										
アンドロゲン療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：（ ）										
治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]										
サイトカイン類：[ なし ・ あり ] 薬剤名：（ ）										
治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]										
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]									
移植	造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日：（ 年 月 日 ）									
	ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞：[ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ] HLAアレル一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ] HLA抗原一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 前処置：（ ）									
治療	治療（その他）：（ ）									
今後の治療方針	今後の治療方針：（ ）									
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ）									
	治療見込み期間（外来） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 通院頻度：（ ）回／月									
医療機関・医師署名										
上記の通り診断します。										
医療機関名 記載年月日 年 月 日										
医療機関住所										
診療科										
医師名 (印)										
小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）										