

告示番号		42		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						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
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)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI			
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		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	治癒 ・ 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: ( ) / $\mu\text{L}$	好中球: ( ) %		リンパ球: ( ) %		単球: ( ) %				
	好酸球: ( ) %	網赤血球: ( ) %		好中球数: ( ) / $\mu\text{L}$						
	赤血球数: ( ) $\times 10^4 / \mu\text{L}$	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: ( ) $\times 10^4 / \mu\text{L}$								
	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: ( ) $\times 10^4 / \mu\text{L}$		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: ( )									

告示番号 **42** 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 ]
	骨髄生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )

病理検査 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 (Stage 2) ・ 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: ( ) 抗けいれん薬: [ 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 (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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )