

病名	<b>28 ファンコニ (Fanconi) 貧血</b>			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)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	肥満度	%
	年 月 日		年 月 日	年 月 日			

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: ( ) / $\mu$ L	好中球: ( ) %	リンパ球: ( ) %	単球: ( ) %
	好酸球: ( ) %	網赤血球: ( ) %	好中球数: ( ) / $\mu$ L	
	赤血球数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ 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: ( ) $\times 10^4 / \mu$ 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: ( ) $\times 10^4 / \mu$ 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 : ( ) / $\mu$ L 好中球 : ( ) % リンパ球 : ( ) % 単球 : ( ) % 好酸球 : ( ) % 網赤血球 : ( ) ‰ 好中球数 : ( ) / $\mu$ L 赤血球数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ 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 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ 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 : [ 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 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L 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 : ( )

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 : ( ) 免疫抑制剤 : [ 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

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アリール一致度 : [ 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 (印)  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )