

病名	<b>28 ファンコニ (Fanconi) 貧血</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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				
		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 (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 ] 下血: [ なし ・ あり ]			肝腫大: [ なし ・ あり ] 消化管出血: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ 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 ]								
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: ( ) $\times 10^4 / \mu$ 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	骨髄生検: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )									
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )									
	所見: ( )												
遺伝学的検査	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )									
	所見: ( )												
	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: ( )													

告示番号 **42** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

検査所見 (その他) 染色体脆弱性試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  
 所見: ( )

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アリル一致度: [ 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: ( )

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 ( )