

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)		1/2			
病名	28 ファンconi (Fanconi) 貧血					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	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:()/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 ⁴ /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 ⁴ /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:()%		
	芽球系:()%		有核細胞数:()×10 ⁴ /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:()						

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	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 ()		