

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）										1/3	
病名		28 ファンコニ（Fanconi）貧血										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
保険情報		保険者番号（）被保険者記号（）被保険者番号（）被保険者個人単位枝番（） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ー）都道府県（）市区町村（）丁目番地等（）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（）市区町村（）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												肥満度	%		
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															
最終受診日		(年 月 日)													
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 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 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：()													

