

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 ファンコニ (Fanconi) 貧血						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 () 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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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): ()												
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: ()													
遺伝学的検査		染色体検査 (骨髓): [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: ()											
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)											
		所見: ()											

