

告示番号		44		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			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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													
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 : ( ) / $\mu$ 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 : ( )											
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 : ( )											
		遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号		44		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 (Stage 2) ・ 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：[ 骨髓 ・ 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 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )											