

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coni (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 (-) 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)	体重 (測定日)	kg (SD)
	年 月 日		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
	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] 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] 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] 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] 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: ()×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: ()	

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)	2/3
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: ()		
	染色体脆弱性試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	所見: ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (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: ()%
	好酸球: ()%	網赤血球: ()‰	好中球数: ()/μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL	ヘモグロビンF (HbF): ()%
	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL	平均赤血球容積 (MCV): ()fL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビンF (HbF): ()%	
末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり]					
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]					
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	所見: ()		
	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: ()		
	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: ()		
	染色体脆弱性試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	所見: ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()				
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]				
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]		
	抗腫瘍薬: [なし ・ あり]	薬剤名: ()	抗けいれん薬: [なし ・ あり]		
	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]					
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]					
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]		
	HLAアレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明]	移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 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					
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 ()				

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)	3/3
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	
医療機関所在地		診断年月日		年	月	日	
電話番号							
		診療科					
		医師名					
		小児慢性特定疾病 指定医番号	()	

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
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