

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		☐ 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)				BMI		
				年 月 日						年 月 日				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：()														

