

## 048 原発性抗リン脂質抗体症候群

## ■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

## ■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

診断

<input type="checkbox"/> 1. 動静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 2. 妊娠合併症 <input type="checkbox"/> 3. 劇症型（急速な多臓器梗塞による臓器障害） <input type="checkbox"/> 4. 抗リン脂質抗体関連疾患	
重要臓器の梗塞を伴う場合	<input type="checkbox"/> 1. 脳 <input type="checkbox"/> 2. 心臓 <input type="checkbox"/> 3. 肺 <input type="checkbox"/> 4. その他 <small>*4を選択の場合、以下に記入</small>
診断年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

A. 症状

1. 血栓症	
動脈血栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	部位

静脈血栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	部位	
小血管の血栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	部位	
肺血栓塞栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	診断方法	
2. 妊娠合併症（妊娠歴のある女性のみ）		
妊娠10週以前の流産	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合 流産の時期	
妊娠10週以降の流産	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合 流産の時期	
子癇、 妊娠高血圧腎症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
胎盤機能不全による 34週以前の早産	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合 早産の時期	
染色体異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検査	
	ありの場合 検査時期と結果	
抗リン脂質関連症状		
血小板減少症 (10万未満)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 <sup>4</sup> /μL

溶血性貧血	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
	間接ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
	網状赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	
	血色素量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	
神経症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腎障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
皮膚症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	弁膜症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
血栓性微小血管障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	慢性血栓塞栓性 肺高血圧症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
高血圧 (既往含む)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	
	収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	

**B. 検査所見** \*小数点も1文字として記入する

免疫血清的検査		
1. 抗カルジオリピン抗体 (IgG・IgM)	IgG	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 1	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	IgM	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 1	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性

2. 抗カルジオリピン・ $\beta$ 2-グリコプロテイン I ( $\beta$ 2-GPI) 複合体抗体	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	検査年月日 1	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
3. ループス抗凝固因子	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. aPTT またはカオリン凝固時間の mixing test <input type="checkbox"/> 2. 希釈ラッセル蛇毒時間 <input type="checkbox"/> 3. 血小板中和試験 <input type="checkbox"/> 4. aPTT リン脂質中和試験
	検査年月日 1	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
4. その他の抗リン脂質 抗体	検査方法	
	検査年月日 1	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	

画像所見	
CT	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 2. 未実施</span>
	検査年月日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	臓器血栓症 <input type="checkbox"/> 1. あり <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2. なし</span>
	ありの場合 部位
	所見
MRI	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 2. 未実施</span>
	検査年月日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	臓器血栓症 <input type="checkbox"/> 1. あり <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2. なし</span>
	ありの場合 部位
	所見
血管造影	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 2. 未実施</span>
	検査年月日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	血栓 <input type="checkbox"/> 1. あり <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2. なし</span>
	ありの場合 部位
	所見

肺血流シンチ	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 2. 未実施</span>	
	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	血栓	<input type="checkbox"/> 1. あり <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2. なし</span>
	ありの場合 部位	
	所見	
レノグラム	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 2. 未実施</span>	
	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	血栓	<input type="checkbox"/> 1. あり <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2. なし</span>
	ありの場合 部位	
	所見	

**C. 鑑別診断（新規）**

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 2. 除外不可</span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 3. 不明</span>
<input type="checkbox"/> 1. 全身性エリテマトーデス（SLE） <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 2. 他の膠原病</span>	
<input type="checkbox"/> 3. 特発性血小板減少性紫斑病（ITP）・エヴァンズ症候群 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 4. 血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）</span>	
<input type="checkbox"/> 5. 播種性血管内凝固症候群（DIC） <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 6. 血管炎症候群</span>	
<input type="checkbox"/> 7. 感染症 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 8. 悪性腫瘍</span>	
<input type="checkbox"/> 9. 抗リン脂質抗体症候群（APS）によらない動・静脈血栓症 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 10. 薬剤性疾患</span>	
<input type="checkbox"/> 11. プロテインC,S欠損症などの凝固因子欠乏症	

**<診断のカテゴリー>**

Definite : A-1. の動静脈あるいは小血管の血栓症、または A-2. の妊娠合併症のいずれか1項目以上が存在し、 かつ、B-1～3. のうち1項目以上が検査基準に合致する	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 2. 非該当</span>
---	---

症状の概要、経過、特記すべき事項など \*250文字以内かつ7行以内

--

■ 治療その他

薬物療法		
血小板凝集抑制剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	
	最大投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
抗凝固剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	
	最大投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	プレドニゾロン 換算最大投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
ステロイドパルス療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
免疫抑制薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名 1	
	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週 <input type="checkbox"/> 3. 2週 <input type="checkbox"/> 4. 月



免疫抑制薬	薬剤名 2	
	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週 <input type="checkbox"/> 3. 2 週 <input type="checkbox"/> 4. 月
大量ガンマグロブリン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/日
	投与日数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
その他の薬剤 1	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	
その他の薬剤 2	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	

アフェレーシス		
血漿交換療法	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
血液透析	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	薬剤名	

■ 重症度分類に関する事項

重症度分類
<input type="checkbox"/> 1度：治療を要さない、臓器障害がなく ADL の低下がない <input type="checkbox"/> 2度：治療しているが安定、臓器障害がなく ADL 低下がない <input type="checkbox"/> 3度：治療にもかかわらず再発性の血栓症がある、軽度の臓器障害や ADL の低下がある <input type="checkbox"/> 4度：抗リン脂質抗体関連疾患に対する治療中、妊娠管理中、中等度の臓器障害や ADL の低下がある <input type="checkbox"/> 5度：劇症型 APS、新規ないし再燃した治療を要する抗リン脂質抗体関連疾患、治療中の妊娠合併症、高度の臓器障害や ADL の低下がある

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
診断年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。）
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近 6 か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、  
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成 26 年 11 月 12日健発 1112 第 1 号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。