

告示番号		6		膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3	
病名	5 抗リン脂質抗体症候群					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)		BMI
		年 月 日	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)						
症状	全身	溶血性貧血: [なし ・ あり]		血小板減少症 (10万未満): [なし ・ あり]			
	呼吸器・循環器	肺塞栓症: [なし ・ あり] 診断方法: ()					
		動脈血栓症: [なし ・ あり] 部位: () 詳細: ()					
		静脈血栓症: [なし ・ あり] 部位: () 詳細: ()					
		血栓性微小血管障害: [なし ・ あり] 部位: () 詳細: ()					
その他	症状 (その他): ()						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
症状	全身	溶血性貧血: [なし ・ あり]		血小板減少症 (10万未満): [なし ・ あり]			
	呼吸器・循環器	肺塞栓症: [なし ・ あり] 診断方法: ()					
		動脈血栓症: [なし ・ あり] 部位: () 詳細: ()					
		静脈血栓症: [なし ・ あり] 部位: () 詳細: ()					
		血栓性微小血管障害: [なし ・ あり] 部位: () 詳細: ()					
その他	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	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		実施日: (年 月 日)				
	血小板数: () $\times 10^4/\mu\text{L}$		実施日: (年 月 日)				
	網赤血球: ()%	PT: ()秒	PT: ()%	PT-INR: ()			
	APTT: ()秒	D-dimer: () $\mu\text{g/mL}$ ・未実施	FDP: () $\mu\text{g/mL}$ ・未実施				
血清間接ビリルビン: ()mg/dL		C3: ()mg/dL		CH50: ()U/mL・未実施			
ループスアンチコアグラント: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]				血清梅毒反応: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]			

告示番号	6	膠原病 ()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/3
血液検査	抗カルジオリピン抗体 (IgG) : 1回目 : ()U/mL・未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	抗カルジオリピン抗体 (IgG) : 2回目 : ()U/mL・未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	抗カルジオリピン抗体 (IgM) : 1回目 : ()U/mL・未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	抗カルジオリピン抗体 (IgM) : 2回目 : ()U/mL・未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
血液検査	抗β ₂ GP1抗体 : 1回目 : ()U/mL・未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	抗β ₂ GP1抗体 : 2回目 : ()U/mL・未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
画像検査	超音波検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	血管造影 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	核医学検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	ヘモグロビン (Hb) : ()g/dL	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	血小板数 : ()×10 ⁴ /μL	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	網赤血球 : ()%	PT : ()秒	PT : ()%	PT-INR : ()	
	APTT : ()秒	D-dimer : ()μg/mL・未実施	FDP : ()μg/mL・未実施		
	血清間接ビリルビン : ()mg/dL	C3 : ()mg/dL	C4 : ()mg/dL	CH50 : ()U/mL・未実施	
ループスアンチコアグラント : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]	血清梅毒反応 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]				
血液検査	抗カルジオリピン抗体 (IgG) : ()U/mL・未実施	抗カルジオリピン抗体 (IgM) : ()U/mL・未実施			
	抗カルジオリピン・β ₂ GP1複合体抗体 : ()U/mL・未実施	抗β ₂ GP1抗体 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]			
画像検査	超音波検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	血管造影 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	核医学検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
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 : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	抗凝固薬 : [なし ・ あり] 抗血小板薬 : [なし ・ あり]				
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		
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	6	膠原病	()	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