

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		☐ 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)											
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：()×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]									

