

告示番号		6		膠原病		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2		
病名	5 抗リン脂質抗体症候群							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()					
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
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	治癒 ・ 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 (申請時) ※直近の状況を記載														
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): ()													
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: () $\times 10^4/\mu\text{L}$		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		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]												
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: () 所見: ()													
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()													
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()													
	血管造影: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()													
	核医学検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()													

告示番号 6 膠原病 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) 2/2	
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 ()
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