

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〉		1/2							
病名		5 抗リン脂質抗体症候群								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号				受診日		年		月								日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)															
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		(		) 都道府県 (		) 市区町村	
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	
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日							
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 ( )																			
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 (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																					
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 <sup>4</sup> /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 ]																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

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〉	2/2
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					
	抗カルジオリピン・β <sub>2</sub> GP1複合体抗体：1回目：( )U/mL・未実施 実施日：( )年( )月( )日 抗カルジオリピン・β <sub>2</sub> GP1複合体抗体：2回目：( )U/mL・未実施 実施日：( )年( )月( )日					
	抗β <sub>2</sub> GP1抗体：1回目：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 実施日：( )年( )月( )日 抗β <sub>2</sub> GP1抗体：2回目：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 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：( ) 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：( )					
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 <sup>4</sup> /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 ]					
	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 <sub>2</sub> GP1複合体抗体：( )U/mL・未実施 抗β <sub>2</sub> 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：( )					
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					
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				
医療機関住所		診療科				
		医師名 (印)				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )				