

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		肥満度	%	
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: () $\times 10^4/\mu\text{L}$		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]					

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 ₂ 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 ₂ GP1複合体抗体 : 2回目 : () U/mL ・ 未実施 実施日 : () 年 () 月 () 日
	抗β ₂ GP1抗体 : 1回目 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日 : () 年 () 月 () 日	抗β ₂ 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 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]		

画像検査	抗カルジオリピン抗体 (IgG) : () U/mL ・ 未実施 実施日 : () 年 () 月 () 日	抗カルジオリピン抗体 (IgM) : () U/mL ・ 未実施 実施日 : () 年 () 月 () 日
	抗カルジオリピン・β ₂ GP1複合体抗体 : () U/mL ・ 未実施 実施日 : () 年 () 月 () 日	抗β ₂ GP1抗体 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 実施日 : () 年 () 月 () 日
	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 : ()	

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 ()