

病名	<b>5 抗リン脂質抗体症候群</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )		
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	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(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:( )							
その他	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:( )								
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 ]				
画像検査	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 ]		
	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:( )									

