

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		<input type="checkbox"/> 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 <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 ]																



