

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)				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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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 (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：()×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]											
		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：()											

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	()			

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 () 被保険者個人単位校番 () 資格取得年月日 年 月 日	