

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		肥満度				%	
				年		月				日		年									
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 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]																			

血液検査	抗カルジオリピン抗体（IgG）：1回目：（ 抗カルジオリピン抗体（IgG）：2回目：（ 抗カルジオリピン抗体（IgM）：1回目：（ 抗カルジオリピン抗体（IgM）：2回目：（ 抗カルジオリピン・β ₂ GP1複合体抗体：1回目：（ 抗カルジオリピン・β ₂ GP1複合体抗体：2回目：（ 抗β ₂ GP1抗体：1回目：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 抗β ₂ GP1抗体：2回目：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性])U/mL・未実施)U/mL・未実施)U/mL・未実施)U/mL・未実施)U/mL・未実施)U/mL・未実施 実施日：(年 月 日) 実施日：(年 月 日) 実施日：(年 月 日) 実施日：(年 月 日) 実施日：(年 月 日) 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] 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
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	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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			