

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							
受給者番号				受診日		年		月				日		<input type="checkbox"/> 転入 → ()					
ふりがな						(変更があった場合)													
氏名						ふりがな													
(Alphabet)						(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	
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：()																			
その他		血栓性微小血管障害：[なし ・ あり]																	
		部位：()																	
その他		詳細：()																	
		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					
画像検査		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]																	
		超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)																	
		部位：()																	
画像検査		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)																	
画像検査		部位：()																	
		所見：()																	
		血管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)																	
		部位：()																	
		所見：()																	
画像検査		核医学検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)																	
		部位：()																	
		所見：()																	

受給者番号() 患者氏名()

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〉	2/2		
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)
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	()		