

048 原発性抗リン脂質抗体症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

診断

<input type="checkbox"/> 1. 動静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 2. 妊娠合併症 <input type="checkbox"/> 3. 劇症型（急速な多臓器梗塞による臓器障害） <input type="checkbox"/> 4. 抗リン脂質抗体関連疾患	
重要臓器の梗塞を伴う場合	<input type="checkbox"/> 1. 脳 <input type="checkbox"/> 2. 心臓 <input type="checkbox"/> 3. 肺 <input type="checkbox"/> 4. その他 <small>*4を選択の場合、以下に記入</small>
診断年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

A. 症状

1. 血栓症	
動脈血栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	部位

静脈血栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	部位	
小血管の血栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	部位	
肺血栓塞栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	診断方法	
2. 妊娠合併症（妊娠歴のある女性のみ）		
妊娠10週以前の流産	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合 流産の時期	
妊娠10週以降の流産	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合 流産の時期	
子癇、 妊娠高血圧腎症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
胎盤機能不全による 34週以前の早産	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合 早産の時期	
染色体異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検査	
	ありの場合 検査時期と結果	
抗リン脂質関連症状		
血小板減少症 (10万未満)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL

溶血性貧血	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
	間接ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
	網状赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	
	血色素量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	
神経症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腎障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
皮膚症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	弁膜症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
血栓性微小血管障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	慢性血栓塞栓性 肺高血圧症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
高血圧 (既往含む)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	
	収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

免疫血清的検査		
1. 抗カルジオリピン抗体 (IgG・IgM)	IgG	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日1	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日2	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	IgM	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日1	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日2	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性

2. 抗カルジオリピン・ β2-グリコプロテイン I (β2-GPI) 複合体抗体	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	検査年月日 1	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
3. ループス抗凝固因子	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. aPTT またはカオリン凝固時間の mixing test <input type="checkbox"/> 2. 希釈ラッセル蛇毒時間 <input type="checkbox"/> 3. 血小板中和試験 <input type="checkbox"/> 4. aPTT リン脂質中和試験
	検査年月日 1	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
4. その他の抗リン脂質 抗体	検査方法	
	検査年月日 1	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	

画像所見	
CT	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	臓器血栓症 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ありの場合 部位
	所見
MRI	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	臓器血栓症 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ありの場合 部位
	所見
血管造影	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	血栓 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ありの場合 部位
	所見

肺血流シンチ	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	血栓	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ありの場合 部位	
	所見	
レノグラム	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	血栓	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ありの場合 部位	
	所見	

C. 鑑別診断（新規）

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 全身性エリテマトーデス（SLE） <input type="checkbox"/> 2. 他の膠原病	
<input type="checkbox"/> 3. 特発性血小板減少性紫斑病（ITP）・エヴァンズ症候群 <input type="checkbox"/> 4. 血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）	
<input type="checkbox"/> 5. 播種性血管内凝固症候群（DIC） <input type="checkbox"/> 6. 血管炎症候群	
<input type="checkbox"/> 7. 感染症 <input type="checkbox"/> 8. 悪性腫瘍	
<input type="checkbox"/> 9. 抗リン脂質抗体症候群（APS）によらない動・静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 10. 薬剤性疾患	
<input type="checkbox"/> 11. プロテインC,S欠損症などの凝固因子欠乏症	

<診断のカテゴリー>

Definite : A-1. の動静脈あるいは小血管の血栓症、または A-2. の妊娠合併症のいずれか1項目以上が存在し、 かつ、B-1~3. のうち1項目以上が検査基準に合致する	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
---	--

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

--

■ 治療その他

薬物療法			
血小板凝集抑制剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">種類</td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	種類	
	種類		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">最大投与量</td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> </tr> </table>	最大投与量	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
最大投与量	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
抗凝固剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">種類</td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	種類	
	種類		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">最大投与量</td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> </tr> </table>	最大投与量	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
最大投与量	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">プレドニゾロン 換算最大投与量</td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="width: 10%; text-align: right;">mg/日</td> </tr> </table>	プレドニゾロン 換算最大投与量	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
プレドニゾロン 換算最大投与量	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	mg/日	
ステロイドパルス療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
免疫抑制薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">薬剤名 1</td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	薬剤名 1	
	薬剤名 1		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">投与方法</td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. 静注 </td> </tr> </table>	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. 静注	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">投与量</td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="width: 10%; text-align: right;">mg</td> </tr> </table>	投与量	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	mg
投与量	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	mg	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">単位</td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週 <input type="checkbox"/> 3. 2週 <input type="checkbox"/> 4. 月 </td> </tr> </table>	単位	<input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週 <input type="checkbox"/> 3. 2週 <input type="checkbox"/> 4. 月	
単位	<input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週 <input type="checkbox"/> 3. 2週 <input type="checkbox"/> 4. 月		

免疫抑制薬	薬剤名 2	
	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週 <input type="checkbox"/> 3. 2 週 <input type="checkbox"/> 4. 月
大量ガンマグロブリン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/日
	投与日数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
その他の薬剤 1	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	
その他の薬剤 2	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	

アフェレーシス		
血漿交換療法	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
血液透析	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	薬剤名	

■ 重症度分類に関する事項

重症度分類
<input type="checkbox"/> 1度：治療を要さない、臓器障害がなく ADL の低下がない <input type="checkbox"/> 2度：治療しているが安定、臓器障害がなく ADL 低下がない <input type="checkbox"/> 3度：治療にもかかわらず再発性の血栓症がある、軽度の臓器障害や ADL の低下がある <input type="checkbox"/> 4度：抗リン脂質抗体関連疾患に対する治療中、妊娠管理中、中等度の臓器障害や ADL の低下がある <input type="checkbox"/> 5度：劇症型 APS、新規ないし再燃した治療を要する抗リン脂質抗体関連疾患、治療中の妊娠合併症、高度の臓器障害や ADL の低下がある

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入										
医師の氏名											印 ※自筆または押印のこと	
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。）
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。