

告示番号		1		脈管系疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3		
病名		8 遺伝性出血性末梢血管拡張症（オスラー病）							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) 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（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 )												
現在の生活状態		社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動（その他）：( ) 日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ]												
症状	全身	DIC：[ なし ・ あり ]					血栓症：[ なし ・ あり ]							
		毛細血管拡張症：[ なし ・ あり ]												
		部位 (舌・口唇・口腔)：[ なし ・ あり ]					部位 (手指)：[ なし ・ あり ]			部位 (消化管)：[ なし ・ あり ]				
	消化器	動静脈奇形：[ なし ・ あり ]												
		部位 (脳)：[ なし ・ あり ]					部位 (脊髄)：[ なし ・ あり ]		部位 (肺)：[ なし ・ あり ]		部位 (肝臓)：[ なし ・ あり ]			
		下血：[ なし ・ あり ]					消化管出血：[ なし ・ あり ]							
	精神・神経	神経症状：[ なし ・ あり ]					脳出血：[ なし ・ あり ]							
		腎・泌尿器					血尿：[ なし ・ あり ]							
	腎機能低下：[ なし ・ あり ]													
	内分泌・代謝		過多月経：[ なし ・ あり ]											
呼吸器・循環器	呼吸障害：[ なし ・ あり ]					SpO <sub>2</sub> (Room air)：( )%								
	耳鼻咽喉					鼻出血 (反復性)：[ なし ・ あり ]								
頻度：[ 年に数回 ・ 月に数回 ・ 週に数回 ・ 毎日 ]					輸血の必要性：[ なし ・ あり ]									
その他	歯肉出血：[ なし ・ あり ]													
	症状 (その他)：( )													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載														
現在の生活状態		社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動（その他）：( ) 日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ]												
症状	全身	DIC：[ なし ・ あり ]					血栓症：[ なし ・ あり ]							
		毛細血管拡張症：[ なし ・ あり ]												
		部位 (舌・口唇・口腔)：[ なし ・ あり ]					部位 (手指)：[ なし ・ あり ]			部位 (消化管)：[ なし ・ あり ]				
	消化器	動静脈奇形：[ なし ・ あり ]												
		部位 (脳)：[ なし ・ あり ]					部位 (脊髄)：[ なし ・ あり ]		部位 (肺)：[ なし ・ あり ]		部位 (肝臓)：[ なし ・ あり ]			
		下血：[ なし ・ あり ]					消化管出血：[ なし ・ あり ]							
	精神・神経	神経症状：[ なし ・ あり ]					脳出血：[ なし ・ あり ]							
		腎・泌尿器					血尿：[ なし ・ あり ]							
	腎機能低下：[ なし ・ あり ]													
	内分泌・代謝		過多月経：[ なし ・ あり ]											
呼吸器・循環器	呼吸障害：[ なし ・ あり ]					SpO <sub>2</sub> (Room air)：( )%								
	耳鼻咽喉					鼻出血 (反復性)：[ なし ・ あり ]								
頻度：[ 年に数回 ・ 月に数回 ・ 週に数回 ・ 毎日 ]					輸血の必要性：[ なし ・ あり ]									
その他	歯肉出血：[ なし ・ あり ]													
	症状 (その他)：( )													



