

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〈継続申請用〉		1/2	
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"/> 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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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 )											
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 ]			
		動脈肺奇形：[ 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 ]											
	消化器	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 ]											
	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)：( )												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		白血球数：(                      )/μL                      好中球：(                      )%                      リンパ球：(                      )%                      単球：(                      )% 好酸球：(                      )%                      網赤血球：(                      )%                      赤血球数：(                      )×10 <sup>4</sup> /μL                      ヘモグロビン (Hb)：(                      )g/dL ハマトクリット (Ht)：(                      )fL                      血小板数：(                      )×10 <sup>4</sup> /μL                      PT：(                      )秒                      % PT-INR：(                      )                      APTT：(                      )秒                      FDP：(                      )μg/mL・未実施 D-dimer：(                      )μg/mL・未実施                      フィブリノゲン：(                      )mg/dL                      アンチトロンビン：(                      )%											
病理検査		病理検査：[ 未実施 ・ 実施 ]    実施日：(                      年                      月                      日 ) 部位：(                                      ) 所見：(                                      )											
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：(                                      )											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]    実施日：(                      年                      月                      日 ) エンドグリン遺伝子異常：[ なし ・ あり ]    ACVRL1遺伝子異常：[ なし ・ あり ]                      SMAD4遺伝子異常：[ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他)：(                                      )											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：(                                      )											

