

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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 () 年 月 日		SD) (測定日)		体重 () 年 月 日		kg () 年 月 日		SD)		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]													
	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 ₂ (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 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ハマトクリット (Ht)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /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)：()													

