

オスラー病外来 お申込み方法

オスラー病外来にて、対象となる方には、遺伝カウンセリングをご案内しております
まずはオスラー病外来のご予約をお取りください。予約方法は以下の通りです。

| 当院におかかりの患者さん |

主治医経由で、オスラー病外来をご予約ください。

| オスラー病に関する症状があり地域の医療機関に通院中の方 |

- ・ 通院中の医療機関にて、当院放射線科宛の紹介状、および検査データ・画像データをお手元にご用意ください。
- ・ 5 ページ目の「オスラー病外来予約申込書」を、ご自身で枠内をご記入いただき、医療連携室まで FAX または郵送ください。
- ・ 紹介状をお持ちの方には、初診時の選定療養費(初診料)7,700円(税込)はご負担頂いておりません。

| オスラー病に関して無症状または軽症状で医療機関におかかりではない方 | または | オスラー病の患者さんの血縁者の方 |

- ・ 5 ページ目の「オスラー病外来予約申込書」を、ご自身で枠内をご記入いただき、医療連携室まで FAX または郵送ください。

当院におかかりではない患者さん:オスラー病外来 お申込み方法

01. 5 ページ目の「ゲノム診療外来予約申込書」に、ご自身で必要事項をご記入いただき、医療連携室まで FAX または郵送にてお送りください。

ご相談内容等の確認のために、医療連携室からお電話させていただくことがございます。

つきましては、ご連絡可能な電話番号(できるだけ携帯)を必ずご記入ください。

受診当日のご予約はできません。受付時間を過ぎた場合、翌日以降の対応となります。

| 予約申込書を印刷できない場合 |

医療連携室(下記)までお電話いただければ、郵送または FAX いたします。

02. ゲノム診療外来の受診日時は、放射線科外来より、お電話にてご連絡いたします。

03. オスラー病外来の予約変更やキャンセルは、必ず放射線科外来までご連絡ください。

| 放射線科外来のご連絡先 |

電話:03-3964-8515(代表) 内線 32007

受付時間:月~金 9:00~16:00(下記外来休診日を除く) 土曜日は電話対応しておりません

外来休診日:日曜、祝日、年末年始(12月29日~1月3日)、創立記念日(6月29日)

オスラー病外来 受診当日

01. (初診の方)初診受付

初診の方は、予約時間の15分前までに1F初診受付にお越しいただき、「診療受付申込書」をご記入し、初診受付の手続きを行ってください。
 ご紹介先からの紹介状や検査データ、画像データ等は、初診受付窓口にご提示ください。
 予め「ゲノム診療外来予約申込書」をFAXで送信された方は、受診当日に原本をご持参ください。
 紹介状をお持ちの方には、初診時の選定療養費(初診料)7700円(税込)のご負担はありません

02. オスラー病外来(放射線科)の受診

事前にご記入いただいた「家族歴記入用紙」は、放射線科外来受付にご提出ください。

| 場所 | 地下1階 放射線科

| 外来日時 | 火曜・午前9:00-12:00 1回60分 予約制

| 受診費用 | オスラー病外来の診療は保険診療

03. 遺伝カウンセリングの予約

オスラー病外来において、対象となる方に、遺伝カウンセリングを予約いたします。

【遺伝カウンセリング予約時の注意点】

以下の点をご留意いただき、ご協力をお願いいたします。

- ・ 保険診療制度の規則により、遺伝カウンセリングと同日に、当院にて保険診療の診察や検査はできません。同日となった場合、いずれかの予約日をご変更いただくことになります。
- ・ 外来日が異なるため、オスラー病外来と同日に、遺伝カウンセリングはご予約いただけません。
- ・ 患者さんから直接遺伝カウンセリングをご予約できません。遺伝カウンセリングの予約は、オスラー病外来のスタッフにより進めさせていただきます。

オスラー病遺伝カウンセリング

当院では、遺伝性疾患であるオスラー病の患者さんやご家族に対して遺伝カウンセリングを行っています。臨床遺伝専門医、認定遺伝カウンセラーが対応しています。

遺伝カウンセリングとは、遺伝や遺伝子に関する疑問や不安を抱えている方々に、適切な情報提供やサポートを行う重要なサービスです。遺伝カウンセリングでは、詳しい病歴や家族歴をお伺いし、個人の状況に応じた正確な医学情報をわかりやすく提供します。これにより遺伝性腫瘍に関する理解を深めていただくことができます。また、患者さんや血縁者が直面する課題を整理し、不安や心理的負担を軽減できるようにサポートします。遺伝子検査を受けるかどうかはご本人の意思を尊重します。無理に検査を勧められることは一切ありません。遺伝カウンセリングでは、ご自身が納得した選択ができるよう、自律的な意思決定をサポートいたします。遺伝カウンセリングの内容は厳重に保護され、第三者に伝わることは決してありません。安心してご自身のお考えやお気持ちをお話いただけます。

01. オスラー病遺伝カウンセリング(初回)

オスラー病の可能性がある患者さんや血縁者の方、オスラー病の遺伝や遺伝子検査に不安や疑問があるなどの方に、病歴や家族歴を詳しく伺い、対象となる方に遺伝子検査をご案内しています。またオスラー病の健康管理についてもご相談いただけます。

｜場所｜地下1階 放射線科外来

｜日時｜火曜、木曜 14:00~16:00 1回 60-90分 予約制

｜費用｜自費診療、初回(60分以内)8800円、60分を超える30分毎 5500円追加(税込)

02. (必要に応じて)オスラー病遺伝子検査

遺伝カウンセリングにおいて、必要に応じてオスラー病遺伝子検査をご提案しています。

遺伝子検査の詳細なスケジュールや費用については、遺伝カウンセリングにてご確認ください。

● オスラー病に関連する症状がある方の遺伝子検査

｜結果までの所要日数｜約1-2か月

｜費用｜保険適用、3割負担で15000円(税込)

遺伝カウンセリング当日に、保険適用の遺伝子検査をご予約いただけます(当日の実施はできません)。

● オスラー病に関連する症状がない方の遺伝子検査

｜結果までの所要日数｜約2-5週間

｜費用｜自費、検査箇所数に応じて費用が変動、約2万円～

自費の遺伝子検査は、遺伝カウンセリング当日にお受けいただけます。

03. オスラー病遺伝子検査の結果説明(2回目以降の遺伝カウンセリング)

遺伝子検査の当日に、結果説明の日時を予約いたします。

遺伝カウンセリングにおいて遺伝子検査の結果についてわかりやすく説明を行い、結果に応じた健康管理についてご相談いただけます。個人の状況に応じた最適な健康管理をお手伝いしています。

｜費用｜自費診療、60分以内 5500円、60分超 30分毎 5500円追加(税込)

04. (必要に応じて)追加の遺伝子検査および遺伝カウンセリングを継続

遺伝子検査の結果に応じて、追加の遺伝子検査が検討される場合があります。

【オスラー病遺伝カウンセリング予約時の注意点】

以下の点をご留意いただき、ご協力をお願い申し上げます。

- ・ **ご家系に遺伝性腫瘍と診断された患者さんがいる、遺伝子検査を希望される方は、患者さんの結果報告書のコピーを、受診当日にご持参ください。**
- ・ 保険診療制度の規則により、オスラー病外来(保険診療)と同日に遺伝カウンセリング(自費診療)はお受けいただけません。
- ・ 遺伝カウンセリングと同日に、当院放射線科での保険診療の診察や検査はできません。同日となった場合は、いずれかの予約日をご変更いただく必要があります。
- ・ 患者さんから直接オスラー病遺伝カウンセリングをご予約いただけません。遺伝カウンセリングの予約は、オスラー病外来のスタッフにより進めさせていただきます。

お問い合わせ先

ご質問やご不明点については、下記までお問い合わせください。

外来休診日を除く、受付時間をお願いいたします。

外来休診日:日曜、祝日、創立記念日(6月29日)、年末年始(12月29日~1月3日)

- オスラー病外来の予約に関するお問合せ

帝京大学医学部附属病院 放射線科外来 内線 32007

TEL:03-3964-8515(直通)

受付時間:月~金9:00~16:00(下記外来休診日を除く)

- オスラー病外来予約申込書に関するお問合せ

帝京大学医学部附属病院 医療連携室

初診予約専用電話:03-3964-1498(直通) / FAX 03-3964-9849

受付時間: 月~金 9:00-16:00 土曜日 9:00-12:00

- オスラー病遺伝カウンセリングに関するお問合せ

遺伝カウンセリングに関するお問い合わせはメールにて承ります。

遺伝カウンセラー直通メールアドレス Teikyo_GCounseling@med.teikyo-u.ac.jp

帝京大学医学部附属病院 医療連携室 御中

西暦20 年 月 日

FAX:03-3964-9849

〒173-8606 東京都板橋区加賀2-11-1 TEL:03-3964-1498

帝京大学病院	ID 番号:
医療連携室	予約内容: オスラー病外来(放射線科)
使用欄	予約日時: _____年____月____日____:____
予約取得後に本用紙をスキャンください:その他→ゲノム/遺伝→OSLER	
予約取得後に本用紙コピーを放射線科外来受付に送付ください	

オスラー病外来 予約申込書

ご本人様が、下記の枠内をすべてご記入の上、医療連携室までFAXまたは郵送にて申込みをお願いいたします。
ご連絡可能な電話番号をお忘れなくご記入ください。

■受診される方の情報

フリガナ			
お名前		性別	男・女
生年月日	西暦20 年 月 日	年齢	歳
ご住所	〒		
日中ご連絡可能な電話番号	(自宅・携帯)		
日中のご連絡	可能な曜日: <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土(午前のみ) 連絡可能な時間帯: <input type="checkbox"/> 9-12時 <input type="checkbox"/> 12-15時 <input type="checkbox"/> 15-17時 <input type="checkbox"/> その他(時~ 時)		
問診	ご家系にオスラー病と診断された方はいますか→ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる いるとお答えの方→あなたとの血縁関係: <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> その他 以下の症状はありますか ・ 繰り返す「鼻血」: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ 皮膚や粘膜の毛細血管拡張: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> ある→ありの方は該当部位に☑を入れてください→ <input type="checkbox"/> 口唇 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 指 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 眼球結膜 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> その他() ・ 動静脈奇形: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ありの方は該当部位に☑をつけてください→ <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 消化管 <input type="checkbox"/> その他()		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→当院受診カード番号(×を除いた数字のみ)		
来談の目的や理由	可能な範囲で具体的なご相談内容をご記入ください(別紙でも結構です)		
オスラー病遺伝子検査	<input type="checkbox"/> 話を聞いてから考えたい <input type="checkbox"/> 受けるかどうか迷っている <input type="checkbox"/> 受けたい		

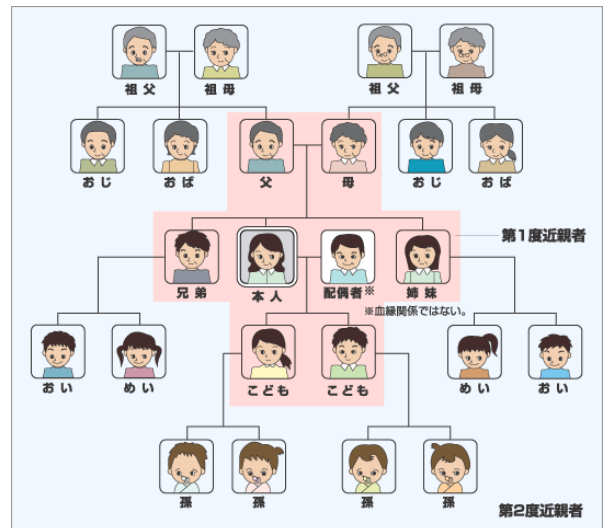
事前に家族歴についてご確認をお願いします

- オスラー病外来・オスラー病遺伝カウンセリングでは、あなたの血縁者の病気について詳しい情報が必要になりますので、事前にご確認をお願いいたします。
遺伝的な状況を見ますので、亡くなった方についても情報が必要です。
- あなたの血縁者の家族歴について本用紙にご記入いただき、ご持参ください。
ご確認いただきたい事項は下記になります。
 - ・ あなたとの血縁関係(続柄、父方および母方の親族かどうか)
 - ・ 現在のご年齢(または、亡くなったときのご年齢)
 - ・ 病名(不明の場合、症状など)、および診断時されたときのご年齢
- 親族とは、両親、きょうだい、子ども、祖父母、孫、おじ・おば、甥・姪、いとこ、大おじ・大おば(祖父母のきょうだい)、曾祖父母、曾孫を指します。

- オスラー病の特徴

オスラー病には下記のような特徴があります

- ・ 繰り返す鼻血
- ・ 皮膚や粘膜の「毛細血管拡張」(口唇、口腔、指、鼻が特徴的、他には眼球結膜や耳、体幹)
- ・ 動静脈奇形(肺、脳、肝臓、脊髄、消化管)
- ・ オスラー病では、年齢を重ねるごとに症状が出る傾向があります。そのため若い方では、無症状のことがあります。



| 家族歴記入用紙 |

お名前 _____ ID(診察券番号) _____ ご年齢 _____ 歳

あなたの家族歴を記載いただき、オスラー病外来の初診時に、放射線科外来受付にご提出ください

- オスラー病では、とくに下記のような症状が起こりやすいとされています。
 - ・ 繰り返す鼻血
 - ・ 皮膚や粘膜の「毛細血管拡張」(口唇、口腔、指、鼻が特徴的、他には眼球結膜や耳、体幹)
 - ・ 動静脈奇形(肺、脳、肝臓、脊髄、消化管)
- あなたとご両親はそれぞれ、何人きょうだいの何番目ですか？
 - あなた (_____)人きょうだいの(_____)番目
 - 父親 (_____)人きょうだいの(_____)番目
 - 母親 (_____)人きょうだいの(_____)番目

	あなたとの 血縁関係 ※母方・父方も 記載ください	現在の年齢 (死亡時の年齢)	オスラー病 診断の有無	オスラー病 診断時の年齢	初発年齢・症状・治療など
例	姉	40 歳	あり	35 歳	10 代～繰り返す鼻血 30 代肺血管奇形→血管内治療 2 回
	父	(50 歳)	あり	45 歳	10 代～鼻血 40 歳 肺動静脈奇形 50 歳 脳出血
	子ども	8 歳	なし		8 歳～鼻血