

## オスラー病外来 予約方法

### ・当院におかかりの方

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、検査データ・画像データをお手元にご用意ください。(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。)
- ・下記の医療連携室にて、お電話でオスラー病外来のご予約ができます。

### ・オスラー病に関して医療機関におかかりではない方またはオスラー病の方の血縁者

- ・下記の「①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、医療連携室まで郵送またはFAXしてください。

### | ご連絡先 |

帝京大学医学部附属病院 医療連携室  
〒173-8606 東京都板橋区加賀2-11-1  
TEL:03-3964-1498 FAX:03-3964-9849

### ●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「②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

### ●オスラー病遺伝子検査および遺伝カウンセリング

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。遺伝子検査の実施にあたっては、遺伝医療の専門職(臨床遺伝専門医・遺伝カウンセラー)の相談外来(遺伝カウンセリング)と連携しています。

#### ※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割負担で約15000円(税別)

#### ※オスラー病に関連する症状がない方の遺伝子検査(患者血縁者など)

- | 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3万円～

遺伝子検査実施後は、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。

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	

### ①オスラー病外来 予約申込書

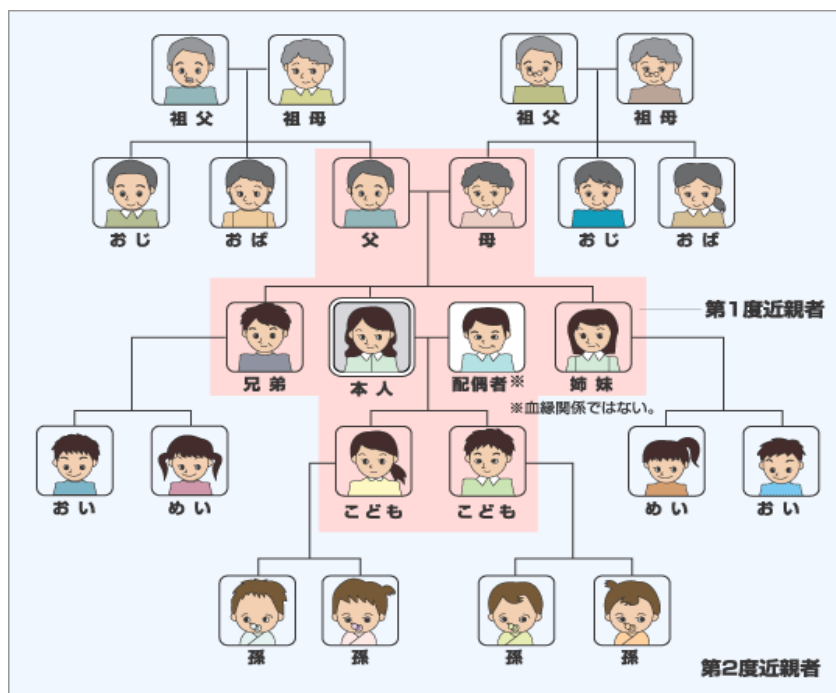
ご本人様が、下記の枠内をすべてご記入の上、医療連携室までFAXまたは郵送にて申込みをお願いいたします。  
ご連絡可能な電話番号をお忘れなくご記入ください。

#### ■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 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 繰り返す「鼻血」:<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</li> <li>• 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( )</li> <li>• 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( )</li> </ul>		
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お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		

## 家族歴についての事前確認

- 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



## ②家族歴記入用紙

ID(診察券番号) \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 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