

# サリドマイド診断審査 申請書 (案)

\* 申請書は本人が記入して下さい。

## ■ 事務局記載欄

整理番号		受付年月日	年	月	日
------	--	-------	---	---	---

## ■ 基本情報

姓 (かな)		名 (かな)	
姓 (漢字)		名 (漢字)	
郵便番号			
住所			
生年月日	西暦	年	月 日
性別	男 ・ 女		
出生都道府県	都・道・府・県		
出生市区町村	市	区	町 村
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)	名 (かな)	
	姓 (漢字)	名 (漢字)	
母親のサリド マイド錠剤の 服用情報 (該当項目に○ を付け、必要事 項を記入してく ださい)	服用なし ・ 服用あり		
	服用ありの場合、以下の項目で判明している情報があれば記入		
	入手方法：薬局(市販薬) ・ 医療機関 (医療機関名 )		
	その他の入手方法 ( )		
	服用理由		
	服用開始	西暦	年 月
	服用中止	西暦	年 月

## チェックリスト

1	日本で出生した	はい	いいえ	不明
2	出生年が1958年から1969年である	はい	いいえ	
	いいえの場合、出生年（西暦 年）			
3	母の妊娠中に明確なサリドマイド服用歴がある	はい	いいえ	不明
4	母が妊娠中、日本もしくは他のサリドマイド販売国に居住していた	はい	いいえ	不明
5	申請者と同様の先天性障害をもつ血縁者（血縁関係にある家族や親せき）がいない	はい	いいえ	不明
6	障害の内容			
	a 両側性の先天性四肢障害がある	はい	いいえ	不明
	b 先天性聴覚障害がある	はい	いいえ	不明
	c 先天性の上肢、下肢、顔面、眼、耳の奇形、聴覚障害の少なくとも1つ以上をみとめる	はい	いいえ	不明
	d 上肢の奇形が片側性でない	はい	いいえ	不明

# 調 査 票 (案)

\* 調査票は医師が記入して下さい。

## ■ 申請者の出生時の状況

出生体重	g	出生週数	在胎	週	日
出生時の異常 (該当項目に○ を付け、必要事 項を記載してく ださい)	異常なし				
	異常あり	上肢： 右 ・ 左	下肢： 右 ・ 左		
		その他の外表異常 ( )			
		難聴： 右 ・ 左	視力低下： 右 ・ 左		
		心臓奇形	腎臓奇形		
その他の異常 ( )					

## ■ 申請者の既往症、現在の合併症

既往歴 (これまでにか かった病気、大 きなけが、手術 など) (該当項目に○ を付け、必要事 項を記入してく ださい)	なし ・ あり	
	ありの場合は具体的な内容を記載	
合併症 (現在治療を受 けている、ある いは定期的に 診察・検査を受 けている病気な ど) (該当項目に○ を付け、必要事 項を記入してく ださい)	なし ・ あり	
	ありの場合は具体的な内容を記載	

■祖父、祖母の情報

		先天異常
父方祖父	生存・死亡（年齢　　）	あり・なし
父方祖母	生存・死亡（年齢　　）	あり・なし
母方祖父	生存・死亡（年齢　　）	あり・なし
母方祖母	生存・死亡（年齢　　）	あり・なし
先天異常ありの場合は具体的な内容を記載		

■父親、母親の情報

父親	既往歴	なし・あり	
		ありの場合は具体的な内容を記入	
父の兄弟姉妹 （該当項目に○を 付け、必要事項を 記入してください）		（年齢が上の人から順に記入し、父親の番号に○をつける）	
		1 男・女	生存・死亡（年齢　　） 先天異常あり・なし
		2 男・女	生存・死亡（年齢　　） 先天異常あり・なし
		3 男・女	生存・死亡（年齢　　） 先天異常あり・なし
		4 男・女	生存・死亡（年齢　　） 先天異常あり・なし
		5 男・女	生存・死亡（年齢　　） 先天異常あり・なし
		6 男・女	生存・死亡（年齢　　） 先天異常あり・なし
		7 男・女	生存・死亡（年齢　　） 先天異常あり・なし

母親	既往歴	なし・あり	
		ありの場合は具体的な内容を記入	
母の兄弟姉妹 （該当項目に○を 付け、必要事項を 記入してください）		（年齢が上の人から順に記入し、母親の番号に○をつける）	
		1 男・女	生存・死亡（年齢　　） 先天異常あり・なし
		2 男・女	生存・死亡（年齢　　） 先天異常あり・なし

	3 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	4 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	5 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	6 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	7 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし

■申請者の兄弟姉妹の情報

	既往歴	なし　・　あり	
		ありの場合は具体的な内容を記入	
申請者の兄弟姉妹 （該当項目に○を 付け、必要事項を 記入してください）	（年齢が上の人から順に記入し、自分の番号に○をつける）		
	1 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	2 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	3 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	4 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	5 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし

記載者	
医療機関名	
医療機関所在地	
医師の氏名	*自筆または押印
記載年月日	西暦　　年　　月　　日

## ■ 事務局記載欄

提出書類			
身体写真（スナップ写真）		ビデオ（録画）	
頭頸部	枚	頭頸部	本
上肢	枚	上肢	本
下肢	枚	下肢	本
耳介	枚	その他	本
その他 ( )	枚	( )	
レントゲン写真		オーディオグラム	枚
頭頸部	枚		
上肢	枚		
下肢	枚		
その他	枚		
かかりつけ医や担当医からの診断書	通	かかりつけ医や担当医からの意見書	通
診療記録	枚		
母子手帳	冊		
サリドマイド薬の購入領収書等	枚		
本人確認書類の写し	マイナンバーカード ・ パスポート ・ 運転免許証		
	その他 ( )		