

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