

【新規・更新】 <指定難病専用> 臨床調査個人票申込書

管理No			
------	--	--	--

※青の枠内へご記載ください

入院中 [東・西・南] 階

申込日	令和 年 月 日	／ 科に依頼する。	
患者番号 (受診カードNo.)	000	病棟受付 (東・西・南 階)	DocuMaker書式 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
フリガナ		受付者	
患者氏名		診療科	科
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	担当医師	医師
申込者氏名	患者本人・本人以外は氏名を記載 (続柄)		ご本人・同居のご家族以外の申込みは委任状が必要です 委任状(あり・待ち)
申込者連絡先	〒 電話 ()		
受取方法	郵送(患者住所・他住所) ※郵送を希望されない方は受付時にお伝え下さい		

臨床調査個人票[] [新規・更新] (入院中・ / 入院予定) 5500円

<臨床調査個人票の記載に必要です。下記についてご回答ください。>

・出生地 都道府県 市区町村

・以前の登録氏名(現在の氏名と変更のある場合) (姓) (名)

・近親者の発症者の有無 あり・なし・不明
(ありの場合) 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方)
8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他(続柄:)

・介護認定 1.要介護 2.要支援 3.なし 要介護度(要支援度) 1 2 3 4 5

・生活状況について

移動の程度	1.歩き回るのに問題はない	2.いづらか問題がある	3.寝たきりである
身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題はない	2.いづらか問題がある	3.自分でできない
ふだんの生活	1.問題はない	2.いづらか問題がある	3.行うことができない
痛み/不快感	1.ない	2.中程度ある	3.ひどい
不安/ふさぎ込み	1.問題はない	2.中程度	3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

・手帳取得状況

身体障害者手帳 1.なし 2.あり (等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)

療育手帳 1.なし 2.あり

精神障害者保健福祉手帳 1.なし 2.あり (等級 1級・2級・3級)

※更新時期は非常に混み合うため、お渡しまで3週間~1ヶ月以上要する場合があります。ご了承ください。

《備考欄》	
・臨床調査個人票の医師氏名欄に、難病指定医の入力をお願いします(署名・捺印は不要です)	
コスト(未・外来・入院) 令和 年 月 日	渡し日 令和 年 月 日 (郵送・病棟・キャンセル)
※事務連絡欄	
病棟受取	

(この用紙は処理済後も必ず2番窓口へお返しください。) 診断書係 0263-37-2762 (内6171・6172)