



申請者の方へ

医療機関から記入の依頼があった場合は、枠内に記入し、医療機関に提出してください。

- ・このシートは、医療機関が「臨床調査個人票」を作成するにあたり、患者に聞取りを要する一部の項目について、事前に患者(申請者)自身がシートに記入することで、聞取りに要する時間の短縮等を図り、「臨床調査個人票」の円滑な作成等を支援することを目的としています。
- ・なお、このシートを「臨床調査個人票」の代わりとして申請書類に添付することはできません。
- ・必ず医療機関に「臨床調査個人票」の作成を依頼してください。



医療機関の方へ

このシートの作成は任意のため、必要に応じて、医療機関から申請者へ作成を依頼してください。

の項目を抜粋したものです。

- ・このシートは、医療機関が「臨床調査個人票」を作成するにあたり、患者に聞取りを要する一部の項目について、事前に患者(申請者)自身がシートに記入することで、聞取りに要する時間の短縮等を図り、「臨床調査個人票」の円滑な作成等を支援することを目的としています。
- ・ただし、このシートは「臨床調査個人票」の一部とはなりませんので、このシートの情報を利用する場合は、必ず、申請者に確認を行った上で、「臨床調査個人票」の「■患者情報」及び「■基本情報」に転記してください。

認定病名	
------	--

■患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦	年	月
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号			
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	
	発症者続柄	
	<input type="checkbox"/> 1.父 <input type="checkbox"/> 2.母 <input type="checkbox"/> 3.子 <input type="checkbox"/> 4.同胞(男性) <input type="checkbox"/> 5.同胞(女性) <input type="checkbox"/> 6.祖父(父方) <input type="checkbox"/> 7.祖母(父方) <input type="checkbox"/> 8.祖父(母方) <input type="checkbox"/> 9.祖母(母方) <input type="checkbox"/> 10.いとこ <input type="checkbox"/> 11.その他 *11 を選択の場合、以下に記入	
	続柄	
発症時期	西暦	年 月
社会保障		
介護認定	<input type="checkbox"/> 1.要介護 <input type="checkbox"/> 2.要支援 <input type="checkbox"/> 3.なし	
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
生活状況		
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1.歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2.いづらか問題がある <input type="checkbox"/> 3.寝たきりである	
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1.洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2.いづらか問題がある <input type="checkbox"/> 3.自分でできない	
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1.問題はない <input type="checkbox"/> 2.いづらか問題がある <input type="checkbox"/> 3.行うことができない	
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1.ない <input type="checkbox"/> 2.中程度ある <input type="checkbox"/> 3.ひどい	
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1.問題はない <input type="checkbox"/> 2.中程度 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.あり(等級 <input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級 <input type="checkbox"/> 3 級 <input type="checkbox"/> 4 級 <input type="checkbox"/> 5 級 <input type="checkbox"/> 6 級)	
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.あり	
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.あり(等級 <input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級 <input type="checkbox"/> 3 級)	
人工呼吸器等装着者認定基準に該当		
<input type="checkbox"/> 1.する <input type="checkbox"/> 2.しない <input type="checkbox"/> 3.不明		