診療科(　　)　ID(　　)　日付(　/　)　　859

特定医療費（指定難病）受給者証の申請をされる方へ

2017年　5月作成
2025年　5月改訂
医事サービス課　総合窓口

※ 臨床調査個人票の作成にあたり、以下患者さんの情報をご記入ください

ご不明な箇所は、「不明」とご記入ください

姓（カナ）			**名（カナ）**		
姓（漢字）			**名（漢字）**		
以前の登録氏名 ※医療費助成の受給者になって以降、変更があった場合のみご記入ください	**姓（カナ）**		**名（カナ）**		
	姓（漢字）		**名（漢字）**		
住民票住所	〒				
生年月日	西暦　　年　　月　　日		**性別**	男　・　女	
出生地	**都道府県**				
	市区町村				

家族歴	**ご親族の方で同じ疾病の方はいらっしゃいますか**	1. あり　2. なし　3. 不明
	「1.あり」を選択された場合、発症者の続柄を選んでください	
	1. 父　2. 母　3. 子　4. 同胞（ 兄・弟）　5. 同胞（姉・妹） 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（　　）	
社会保障	**介護認定**	1. 要介護　2. 要支援　3. なし
	要介護度	1　2　3　4　5
生活状況	**移動の程度**	1. 歩き回るのに問題はない　2. いくらか問題がある 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. いくらか問題がある 3. 自分でできない
	ふだんの活動	1. 問題はない　2. いくらか問題がある 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

身長	cm	**体重**	kg	

裏面へ続きます

飲酒歴	1. あり　　2. なし			
	「1. あり」を選択された場合、以下もご記入ください			
	飲酒頻度	日 /　1. 週　　2. 月　　3. 年　（週・月・年いずれか選択してください）		
	1日平均日本酒に換算した酒量	合 ※アルコール量を日本酒1合に換算すると →　ビール500㎖、缶チューハイ5%500㎖（7%350㎖）、ワイン1/4本、ウイスキーダブル1杯、焼酎2/3合		
	飲酒期間（いつからいつまで）	歳から　　歳まで		
喫煙歴	1. 現在吸っている　　2. 過去吸っていた　　3. 喫煙歴なし　　4. 不明			
	「1.現在吸っている」「2.過去吸っていた」を選択された場合、以下もご記入ください			
	喫煙期間（いつからいつまで）	歳から　　歳まで	**1日平均本数**	本

身体障害者手帳	1. あり　　2. なし			
	「1. あり」を選択された場合、以下もご記入ください			
	等級	級	**取得年月**	西暦　　年　　月
療育手帳	1. あり　　2. なし			
精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳）	1. あり　　2. なし			
	「1. あり」を選択された場合、以下もご記入ください			
	等級	級		

人工呼吸器の使用 **※下図のようなカニューレ型は除く** 	1. あり　　2. なし		
	「1. あり」を選択された場合、以下もご記入ください		
	開始時期	西暦　　年　　月	
	離脱の見込み	1. あり　　2. なし	
	種類	1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器	
	施行状況	1. 間欠的施行　　2. 夜間に継続的に施行 3. 一日中施行　　4. 現在は未施行	
	生活状況	**食事**	1. 自立　　2. 部分介助　　3. 全介助
		車椅子とベッド間の移動	1. 自立　　2. 軽度介助 3. 部分介助　　4. 全介助
		整容（身なりを整える）	1. 自立　　2. 部分介助/不可能
		トイレ動作	1. 自立　　2. 部分介助　　3. 全介助
		入浴	1. 自立　　2. 部分介助/不可能
		歩行	1. 自立　　2. 軽度介助 3. 部分介助　　4. 全介助
		階段昇降	1. 自立　　2. 部分介助　　3. 不能
		着替え	1. 自立　　2. 部分介助　　3. 全介助
		排便コントロール	1. 自立　　2. 部分介助　　3. 全介助
		排尿コントロール	1. 自立　　2. 部分介助　　3. 全介助