

新規 更新

診断書(臨床調査個人票)申込

◆必要事項をご記入ください。

記入日:西暦

年

月

日

病名			
患者 姓(カナ)		名(カナ)	
患者 姓(漢字)		名(漢字)	
出生市区町村	※生まれた時の居住地を記入ください。 例:伊勢崎市太田町、前橋市駒形町など		

◆前回登録されたお名前が上記と異なる場合は、以下に前回登録されたお名前を記入ください。

旧姓(カナ)		旧名(カナ)	
旧姓(漢字)		旧名(漢字)	

◆健康保険情報についてご記入ください。(健康保険被保険者証をお手元にご用意ください。)

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 日

◆介護保険についてご記入ください。

介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 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

◆手帳取得状況についてご記入ください。

身体障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 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"/> なし
療育手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり → 等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級
	<input type="checkbox"/> なし

◆ご家族、ご親戚の疾病(しっぺい)について伺います。(家族構成ではなく、ご家族などに同じご病気の方がいらっしゃるかどうかを確認します。)

家族歴 ※家族構成で はありません	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明
	↓ 「いる」とお答えいただいた場合 発症者の続柄を教えてください
	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹
	<input type="checkbox"/> 祖父(父方) <input type="checkbox"/> 祖母(父方) <input type="checkbox"/> 祖父(母方) <input type="checkbox"/> 祖母(母方)
	<input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> その他(続柄:)

