

臨床調査個人票をお申し込みの場合は、下記の表をご記入いただき、
診断書の申し込み用紙に添えてご提出ください。
各種手帳をお持ちの方はコピーも添付してください。

■ 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
				*以降、数字は 右詰めで記入
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				kg

* 2枚目もご記入ください。

■ 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 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. いくらか問題がある <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. いくらか問題がある <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. いくらか問題がある <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* 下記手帳お持ちの方は等級がわかるページのコピーも提出ください			
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			

2403-0050-000-02

臨床調査個人票の57番・58番・59番の申請の方は3枚目もご記入ください。

1. 夜、楽に眠れますか？ (1Met 以下)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
2. 横になっていると楽ですか？ (1Met 以下)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
3. 一人で食事や洗面ができますか？ (1.6Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
4. トイレは一人で楽にできますか？ (2Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
5. 着替えが一人でできますか？ (2Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
6. 炊事や掃除ができますか？ (2~3Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
7. 自分で布団を敷けますか？ (2~3Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
8. ぞうきんがけはできますか？ (3~4Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
9. シャワーを浴びても平気ですか？ (3~4Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
10. ラジオ体操をしても平気ですか？ (3~4Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
11. 健康な人と同じ速度で平地を 100~200m 歩いても平気ですか？ (3~4Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
12. 庭いじり (怪い草むしりなど) をしても平気ですか？ (4Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
13. 一人で風呂に入れますか？ (4~5Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
14. 健康な人と同じ速度で 2 階まで昇っても平気ですか？ (5~6Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
15. 軽い農作業 (庭掘りなど) はできますか？ (5~7Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
16. 平地で急いで 200m 歩いても平気ですか？ (6~7Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
17. 雪かきはできますか？ (6~7Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
18. テニス (又は卓球) をしても平気ですか？ (6~7Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
19. ジョギング (時速 8km 程度) を 300~400m しても平気ですか？ (7~8Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
20. 水泳をしても平気ですか？ (7~8Mets)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない
21. なわとびをしても平気ですか？ (8Mets 以上)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. つらい <input type="checkbox"/> 3. わからない