

# 臨床調査個人票申込書（更新用）

文書料金は、前払いになります。  
お申込み時にお支払ください

◎ 太枠内を全て記入し、この申込書のみを窓口の『特定更新申込ボックス』に入れてお待ちください。

◆ 「臨床調査個人票」が出来上がりましたら、原則、レターパックプラス（対面受取り）で、本申込書の住所に郵送します。他の住所への郵送を希望する場合は、『宛名ラベル』を記入し、お手元に持ってお待ちください。

|                                    |  |     |   |  |
|------------------------------------|--|-----|---|--|
| 診察券番号                              | — —  |     | 年 月 日 受付  |  |
| ふりがな                               |  |     | 申込者 ※本人以外の場合  |  |
| 患者氏名                               |  |     | 続柄 ( )  |  |
| 生年月日                               | 西暦 年 月 日   | 性別  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |  |
| 臨床調査個人票の住所<br>(住民票の住所)<br>兼 文書の郵送先 | 〒  |     |   |  |
| 電話番号                               | TEL — —<br><input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (留守電吹き込み <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) |     |   |  |
| 診療科                                | 科  | 主治医 |   |  |
| 病名                                 | ※「臨床調査個人票」がない場合  |     |   |  |
| 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<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる   |     |   |  |

医事担当記入欄

郵送先 : 登録住所 ・ 登録住所以外

|         | コード   | 金額     | 枚数 | 計算  |
|---------|-------|--------|----|-----|
| 臨床調査個人票 | 81245 | ¥3,300 | 枚  | 済・未 |

記入日 : \_\_\_\_\_ 受付病棟 : \_\_\_\_\_ 記入者 : \_\_\_\_\_ 内線 : \_\_\_\_\_