

記入例 ※赤字部分は必ずご記入ください

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	14 - 34567 - 8	年 月 日 受付
ふりがな	ひろ だい た ろう	申込者 ※本人以外の場合
患者氏名	広 大 太 郎	続柄 ()
生年月日	西暦 ○ 年 ○ 月 ○ 日	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
臨床調査個人票の住所 (住民票の住所) 兼 文書の郵送先	住民票の住所をご記入ください。なお、「臨床調査個人票」の送付先が異なる場合は、送付先をメモ紙等にご記入の上、添付してください	
電話番号	TEL <input type="checkbox"/> 繋がり易い電話番号をご記入ください (不可)	
診療科	△ △ △ △ 科	主治医 □ □ 先生
病名 <small>※「臨床調査個人票」がない場合</small>	「臨床調査個人票」がない場合は、病名をご記入ください	
社会保障	該当する欄にチェックしてください	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input checked="" 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	該当する欄にチェックしてください	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい	
不安／ふさぎ込み	<input checked="" 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	