

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	☐ 男 ☐ 女		
臨床調査個人票の住所 (<u>住民票の住所</u>) 兼 文書の郵送先	〒				
電話番号	TEL — — ☐ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ 自宅(留守電吹き込み ☐ 可 ☐ 不可)				
診療科	科	主治医			
病名 ※「臨床調査個人票」がない場合					
保険資格取得年月日	西暦 年 月 日				
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				
手帳取得状況					
身体障害者手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり(等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級)				
療育手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり				
精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	☐ 1. なし ☐ 2. あり(等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級)				
人工呼吸器等装着者認定基準に該当					
	☐ 1. する ☐ 2. しない ☐ 3. 不明				

○ 「臨床調査個人票」の作成には約3週間程度のお時間をいただきます。
○ 「臨床調査個人票」の出来上がり後、6か月経過しても受け取りに來られない場合には、「臨床調査個人票」は破棄させていただきます。この場合においても、文書作成料金はお支払いいただきますので、ご了承ください。

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：