

# 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	繋がり易い電話番号をご記入ください			
診療科	△△△△ 科	主治医	□□ 先生	
病名	※「臨床調査個人票」がない場合は、「臨床調査個人票」がない場合は、病名をご記入ください			
保険資格取得年月日	保険証に記載のある年月日をご記入ください			
社会保障	以下、該当する欄にチェックしてください			
介護認定	<input type="checkbox"/> 3. なし			
要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" 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 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 type="checkbox"/> 2. 中程度ある	<input checked="" type="checkbox"/> 3. ひどい
不安/ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない	<input checked="" 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				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input checked="" type="checkbox"/> 2. あり(等級 <input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級	<input checked="" type="checkbox"/> 3 級	<input type="checkbox"/> 4 級 <input type="checkbox"/> 5 級 <input type="checkbox"/> 6 級
療育手帳	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明				