

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	1 4 — 3 4 5 6 7 — 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	☒ 男 ☐ 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、宛名ラベルに送付先をご記入ください				
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、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					
介護認定	該当する欄にチェックしてください ☐ 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. しらない ☐ 3. 不明					