

C-1.臨床調査個人票内容確認書(心筋症)

当院以外で処方された薬を服用中の方は、処方内容をご提示ください

患者氏名 _____ 様

【基本情報】

区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新(医療券の有効期限: 年 月 日まで) 前回作成 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他の医療機関() 当院から前回作成医療機関への問い合わせ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 不可の場合は診断書コピーをご提出ください		
以前の登録氏名 更新の方で氏名を 変更された方は ご記入ください	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	〒 -			
出生地	都道府県		市区町村	
家族歴	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明			
	発症者続柄			
	<input type="checkbox"/> 1.父 <input type="checkbox"/> 2.母 <input type="checkbox"/> 3.子 <input type="checkbox"/> 4.同胞(男性) <input type="checkbox"/> 5.同胞(女性) <input type="checkbox"/> 6.祖父(父方) <input type="checkbox"/> 7.祖母(父方) <input type="checkbox"/> 8.祖父(母方) <input type="checkbox"/> 9.祖母(母方) <input type="checkbox"/> 10.いとこ <input type="checkbox"/> 11.その他(続柄)			
発症時期	西暦 年 月			
社会保障				
介護保険	<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.いづらか問題がある <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 type="checkbox"/> 2.いづらか問題がある <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 type="checkbox"/> 2.いづらか問題がある <input type="checkbox"/> 3.行うことができない			
痛み/不快感	<input type="checkbox"/> 1.ない 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 <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 type="checkbox"/> 2.あり(等級 <input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級 <input type="checkbox"/> 3 級 <input type="checkbox"/> 4 級 <input type="checkbox"/> 5 級 <input type="checkbox"/> 6 級)
療育手帳	<input 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 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 type="checkbox"/> 2.しない <input type="checkbox"/> 3.不明	
飲酒歴	
<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
程度	<input type="checkbox"/> 1.機会飲酒 <input type="checkbox"/> 2.日本酒 1 日 1 号以上
酒量	_____合/日

※ 更新申請のかたは以上です。こちらの用紙を②文書窓口にお出してください

【症状】 新規申請の方はご記入ください

自覚症状			
動悸(不整脈)	<input type="checkbox"/> 1.安静時	<input type="checkbox"/> 2.軽い日常労作時	<input type="checkbox"/> 3.強い労作時 <input type="checkbox"/> 4.なし
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1.安静時	<input type="checkbox"/> 2.軽い日常労作時	<input type="checkbox"/> 3.強い労作時 <input type="checkbox"/> 4.なし
胸痛	<input type="checkbox"/> 1.安静時	<input type="checkbox"/> 2.軽い日常労作時	<input type="checkbox"/> 3.強い労作時 <input type="checkbox"/> 4.なし
胸部圧迫感	<input type="checkbox"/> 1.安静時	<input type="checkbox"/> 2.軽い日常労作時	<input type="checkbox"/> 3.強い労作時 <input type="checkbox"/> 4.なし
易疲労感/ 全身倦怠感	<input type="checkbox"/> 1.安静時	<input type="checkbox"/> 2.軽い日常労作時	<input type="checkbox"/> 3.強い労作時 <input type="checkbox"/> 4.なし
浮腫	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	
めまい	<input type="checkbox"/> 1.安静時	<input type="checkbox"/> 2.軽い日常労作時	<input type="checkbox"/> 3.強い労作時 <input type="checkbox"/> 4.なし
失神	<input type="checkbox"/> 1.安静時	<input type="checkbox"/> 2.軽い日常労作時	<input type="checkbox"/> 3.強い労作時 <input type="checkbox"/> 4.なし
身体所見			
身長	_____ cm	体重	_____ kg
血圧	_____ / _____ mmHg		

身体活動能力質問票			
1. 夜、楽に眠れますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
2. 横になっていると楽ですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
3. 一人で食事や洗面ができますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
4. トイレは一人でらくにできますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
5. 着替えが一人でできますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
6. 炊事や掃除ができますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
7. 自分で布団を敷けますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
8. ぞうきんがけはできますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
9. シャワーを浴びても平気ですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
10. ラジオ体操をしても平気ですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
11. 健康な人と同じ速度で平地を 100～200m 歩いても平気ですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
12. 庭いじり(軽い草むしりなど)をしても平気ですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
13. 一人で風呂に入れますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
14. 健康な人と同じ速度で 2 階まで昇っても平気ですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
15. 軽い農作業(庭掘りなど)はできますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
16. 平地で急いで 200m 歩いても平気ですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
17. 雪かきはできますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
18. テニス(または卓球)をしても平気ですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
19. ジョギング(時速 8 km程度)を 300～400m しても平気ですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
20. 水泳をしても平気ですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない
21. なわとびをしても平気ですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 2.つらい	<input type="checkbox"/> 3.わからない

ご記入ありがとうございました
 こちらの用紙を②文書窓口にお出してください

【事務記載】 保険情報

保険者番号		被保険者記号	
被保険者番号		被保険者個人単位枝番	
資格取得年月日	西暦 年 月 日		