

C-2.臨床調査個人票内容確認書(心筋症以外)

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"/> 3.寝たきりである			<input type="checkbox"/> 2.いくらか問題がある	
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"/> 3.自分でできない			<input type="checkbox"/> 2.いくらか問題がある	
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1.問題はない <input type="checkbox"/> 3.行うことができない			<input type="checkbox"/> 2.いくらか問題がある	
痛み/不快感	<input type="checkbox"/> 1.ない		<input type="checkbox"/> 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"/> 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる			<input type="checkbox"/> 2.中程度	

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	

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		