

# 臨床調査個人票 予診票 (1)

2025年4月改定

臨床調査個人票作成にあたり参考とさせて頂くための予診票です。分かる範囲でご記入をお願い致します。

| 基本情報            | ※申請用紙原本がない方は必ず記入して下さい(疾病名)  |  |
|-----------------|---|--|
| 新規・更新           | <input type="checkbox"/> 新規(※新たに申請、有効期限切れの方はこちら)<br><input type="checkbox"/> 更新(現在有効の受給者証をお持ちの方はこちら)  |  |
| お名前             | (氏名)  |  |
| 以前の登録氏名         | (受給者証をお持ちになって以降<br>姓名に変更があった方のみ記入) (フリガナ)<br>(氏名)   |  |
| ご住所<br>(住民票の住所) | (〒 - )  |  |
| 出生地             | 都道府県( )市区町村( )  |  |
| 家族(近親者)の発症      | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明   |  |
| ありの場合、その続柄      | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同胞(男性) <input type="checkbox"/> 同胞(女性)<br><input type="checkbox"/> 祖父(父方) <input type="checkbox"/> 祖母(父方) <input type="checkbox"/> 祖父(母方) <input type="checkbox"/> 祖母(母方)<br><input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> その他 (続柄: ) |  |
| 発症年月            | 西暦 年 月  |  |
| 介護認定            | <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 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  |  |
| 移動の程度           | <input type="checkbox"/> 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 寝たきりである  |  |
| 身の回りの管理         | <input type="checkbox"/> 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 自分でできない   |  |
| ふだんの活動          | <input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 行うことができない  |  |
| 痛み/不快感          | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 中程度ある <input type="checkbox"/> ひどい   |  |
| 不安/ふさぎこみ        | <input type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 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"/> なし <input type="checkbox"/> 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"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |
| 精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)   |

人工呼吸器等装着認定基準に該当  する  しない  不明

## 人工呼吸器に関する事項

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 使用の有無                      | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ありの方は以下も記入)  |
| ~以下は使用ありにチェックした方のみ記入して下さい~ |  |
| 開始時期                       | 西暦 年 月   |
| 離脱の見込み                     | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |
| 種類                         | <input type="checkbox"/> 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器   |
| 施行状況                       | <input type="checkbox"/> 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 一日中施行 <input type="checkbox"/> 現在は未施行 |
| 食事                         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |
| 車椅子とベッド間の移動                | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助             |
| 整容                         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能  |
| トイレ動作                      | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |
| 入浴                         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能  |
| 歩行                         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助             |
| 階段昇降                       | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能  |
| 着替え                        | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |
| 排便コントロール                   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |
| 排尿コントロール                   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |

ありがとうございました。