

臨床調査個人票 予診票 (1)

2024年9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) <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 姓名に変更があった方のみ記入)	(フリガナ) (氏名)
ご住所 (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 ありの場合、その続柄	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <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) <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) <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	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 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。

臨床調査個人票 予診票 (2) ※IBDの方は(1)(2)両方記載必要です
 該当疾患の部分に記載をお願い致します。

□ <97 潰瘍性大腸炎の方>

身長	cm
体重	kg
喫煙	<input type="checkbox"/> 現在の喫煙 <input type="checkbox"/> 過去の喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
虫垂切除歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

*新規の方のみ記入して下さい

潰瘍性大腸炎の家系内 発生の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↓ ありの場合 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 3親等以上
クローン病の家系内 発生の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↓ ありの場合 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 3親等以上

□ <96 クローン病の方>

クローン病の家系内 発生の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↓ ありの場合 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 3親等以上(続柄:)
潰瘍性大腸炎の家系内 発生の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↓ ありの場合 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 3親等以上(続柄:)

喫煙	<input type="checkbox"/> 現在の喫煙 <input type="checkbox"/> 過去の喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
虫垂切除歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

*新規の方のみ記入して下さい

身長	cm
体重	kg

*女性の方のみ記入して下さい(新規・更新の方)

過去1年間の妊娠	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
----------	---

□ <56 ベーチェット病の方>

初回認定年月	西暦 年 月
生活状況	<input type="checkbox"/> 就労、就学 <input type="checkbox"/> 家事労働 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院、入所

ありがとうございました。