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	☐ 新規（※新たに申請、有効期限切れの方はこちら） ☐ 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　☐ なし　☐不明
ありの場合、その続柄	☐ 父　☐ 母　☐ 子　☐ 同胞（男性）　☐ 同胞(女性) ☐ 祖父(父方)　☐ 祖母(父方)　☐ 祖父(母方)　☐ 祖母(母方) ☐ いとこ　☐ その他（続柄：　　）
発症年月	西暦　　年　　月
介護認定	☐ 要介護　☐ 要支援　☐ なし
要介護度	☐ 1　☐ 2　☐ 3　☐ 4　☐ 5
移動の程度	☐ 歩き回るのに問題はない　☐ いくらか問題がある　☐ 寝たきりである
身の回りの管理	☐ 洗面や着替えに問題はない　☐ いくらか問題がある　☐ 自分でできない
ふだんの活動	☐ 問題はない　☐ いくらか問題がある　☐ 行うことができない
痛み/不快感	☐ ない　☐ 中程度ある　☐ ひどい
不安/ふさぎこみ	☐ 問題はない　☐ 中程度　☐ 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	☐なし　☐あり（等級 ☐1級　☐2級　☐3級　☐4級　☐5級　☐6級）
療育手帳	☐なし　☐あり
精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳）	☐なし　☐あり（等級 ☐1級　☐2級　☐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	☐ なし　☐ 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	☐ あり　☐ なし
種類	☐ 気管切開孔を介した人工呼吸器　☐ 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	☐ 間欠的施行　☐ 夜間に継続的に施行　☐ 一日中施行　☐ 現在は未施行
食事	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助
車椅子とベッド間の移動	☐ 自立　☐ 軽度介助　☐ 部分介助　☐ 全介助
整容	☐ 自立　☐ 部分介助/不可能
トイレ動作	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助
入浴	☐ 自立　☐ 部分介助/不可能
歩行	☐ 自立　☐ 軽度介助　☐ 部分介助　☐ 全介助
階段昇降	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 不能
着替え	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助
排便コントロール	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助
排尿コントロール	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助

ありがとうございました。

公立大学法人 横浜市立大学付属市民総合医療センター

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>

受給者証の有効期限	年　月　日
身長	.　cm
体重	.　kg
喫煙	□ 現在の喫煙　□ 過去の喫煙　□ なし　□ 不明
虫垂切除歴	□ あり　□ 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	□ あり　□ なし　□不明
	↓ ありの場合
	□ 親　□ 子　□ 兄弟姉妹　□ 祖父母　□ 孫　□ 3親等以上
クローン病の家系内発生の有無	□ あり　□ なし　□不明
	↓ ありの場合
	□ 親　□ 子　□ 兄弟姉妹　□ 祖父母　□ 孫　□ 3親等以上

□ <96 クローン病の方>

受給者証の有効期限	年　月　日
クローン病の家系内発生の有無	□ あり　□ なし　□不明
	↓ ありの場合
	□ 親　□ 子　□ 兄弟姉妹　□ 祖父母　□ 孫
	□ 3親等以上(続柄:　　)
潰瘍性大腸炎の家系内発生の有無	□ あり　□ なし　□不明
	↓ ありの場合
	□ 親　□ 子　□ 兄弟姉妹　□ 祖父母　□ 孫
	□ 3親等以上(続柄:　　)

喫煙	□ 現在の喫煙　□ 過去の喫煙　□ なし　□ 不明
虫垂切除歴	□ あり　□ 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	□ あり　□ なし

□ <56 ベーチェット病の方>

受給者証の有効期限	年　月　日
初回認定年月	西暦　年　月
生活状況	□ 就労、就学　□ 家事労働　□ 在宅療養　□ 入院、入所

ありがとうございました。