

## 臨床調査個人票 予診票 (1)

臨床調査個人票作成に当たり、参考とさせていただ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	※用紙がない方は必ず記入して下さい(書類番号 疾病名 )
新規・更新	<input type="checkbox"/> 新規(期限切れも含む、他疾患で新たに申請の方) <input type="checkbox"/> 更新(現在特定疾患の保険番号保有の方、前回他院で申請された方)
お名前	(氏名)
ご住所 (住民票の住所)	(〒 - )
出生市区町村	
出生時氏名 (変更のある場合)	(ふりがな) (氏名)
近親者の発症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
近親者の発症がある 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) <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

## 人工呼吸器に関する事項

使用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(なしの方は以下記入不要です)
以下は使用者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"/> 現在喫煙中 <input type="checkbox"/> 過去喫煙していた <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

近親者の発症者の有無 -潰瘍性大腸炎	<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"/> その他( )
近親者の発症者の有無 -クローン病	<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"/> その他( )
両親の近親結婚	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↓ ありの場合 詳細( )

## □ <96 クローン病の方>

身長	cm
体重	kg
喫煙	<input type="checkbox"/> 現在喫煙中 <input type="checkbox"/> 過去喫煙していた <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
過去一年の妊娠(女性のみ)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
近親者の発症者の有無 -クローン病	<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"/> その他( )
近親者の発症者の有無 -潰瘍性大腸炎	<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"/> その他( )

## □ <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。