

難病申込用 質問票

※ 難病の臨床調査個人票のお申込みをされる方は、
こちらの質問票をご記載ください。
※ わからない箇所は空欄でも構いませんが、
後日、役所から照会が届く可能性があります。

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
以前の 登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
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 *11.その他を選択の場合、以下に記入		
	続柄			
介護認定	<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			
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			