

<特定医療費(指定難病)の手続きをされる皆様へ>

- ◆ 臨床調査個人票については、この用紙を医療機関の窓口へ
ご提出いただき、作成の依頼をしてください。

臨床調査個人票 作成依頼票

- 下の枠内と裏面の問診票に記入をしてください。
- 更新申請に係る場合は、特定医療費受給者証を提示してください。

(見本)

(フリガナ)		生年月日	
氏名		昭和 平成 令和 年 月 日	
疾病名		新規・更新の別 (いずれかに○)	新規
			更新

様式第4号(第2号別添) 特定医療費受給者証(指定難病)

分類負担番号	5	4	2	3	6	0	1	3
姓								
名								
姓								
名								
生年月日								
性別								
住所								
市区町村								
氏名								
姓								
名								
生年月日								
性別								
住所								
市区町村								
自己負担上乗額	月額	20,000円	難病区分	一般型				
特別扶給	人工呼吸器等使用	扶給否	高額かつ長期	扶給否				
	軽度難病該当	扶給否	療養期間該当	扶給否				
	医療費助成	扶給否	療養期間該当	扶給否				
	医療費助成	扶給否	療養期間該当	扶給否				
有効期間	令和元年10月1日から令和2年9月30日 まで							

上記のとおり認定する。

令和元年 月 日 愛知風知事 印

<難病指定医・協力難病指定医様へのおお願い>

西尾保健所では、特定医療費(指定難病)の手続きをされる方へ臨床調査個人票はお配りせず、代えて、この作成依頼票を交付させていただいております。

申請される方から臨床調査個人票の作成依頼があった場合、受給者証等で疾病名をご確認いただき、医療機関様にて様式をダウンロードのうえ作成くださいますようお願いいたします。

ダウンロード先

- ・難病情報センターのホームページ <http://www.nanbyou.or.jp/>
- ・厚生労働省のホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000062437.html>

なお、ダウンロードによる入手が困難な場合、当所から様式を送付させていただきます。お手数をおかけしますが、ご連絡をお願いいたします。

西尾保健所総務企画課 電話 0563-56-5241

裏面に問診票があります。

* 以下の問診に記入をしてください。わかる範囲で結構です。

指定難病問診票

記入日 西暦 年 月 日

出生市区町村 _____

出生時氏名（変更ある場合）旧姓(かな)

旧名(かな)

旧姓(漢字)

旧名(漢字)

家族歴 1あり 2なし 3不明 ※家族・親族で同じ病名の発症者がいるか

発症者続柄 1父 2母 3子 4同胞(男性) 5同胞(女性)
 6祖父(父方) 7祖母(父方) 8祖父(母方)
 9祖母(母方) 10いとこ 11その他(続柄)

介護認定 1 要介護 2 要支援 3 なし
要介護度 1 2 3 4 5

生活状況 移動の程度 1 歩き回るのに問題ない 2 いくらか問題がある
 3 寝たきりである

身の回りの管理 1 洗面や着替えに問題はない 2 いくらか問題がある
 3 自分でできない

ふだんの活動 1 問題はない 2 いくらか問題がある 3 行うことができない

痛み/不快感 1 ない 2 中程度ある 3 ひどい

不安/ふさぎ込み 1 問題はない 2 中程度 3 ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

身長 _____ cm 体重 _____ kg

脈拍 _____ 回/分

体温 _____ 度

血圧 _____ / _____ mm Hg

喫煙 1 現在の喫煙 2 過去の喫煙 3 なし 4 不明

身体障害者手帳 1 あり 等級 _____ 級 取得年月 西暦 _____ 年 _____ 月
 2 なし

◆「潰瘍性大腸炎」の方のみ追加で記入してください。

(太枠内は、過去6か月間の最重症時の状態を記入してください)

最重症時の年月日		西暦	年	月	日
排便回数	<input type="checkbox"/> 6回/日以上 <input type="checkbox"/> 5回/日 <input type="checkbox"/> 4回/日以下 <input type="checkbox"/> 不明				
便の性状	<input type="checkbox"/> 1.水様 <input type="checkbox"/> 2.泥状 <input type="checkbox"/> 3.軟便 <input type="checkbox"/> 4.有形				
腹部自発痛	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし				
a) 発熱 37.5℃以上	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	虫垂切除歴	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
b) 頻脈 90/分以上	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	クローン病 家系内発生	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		

◆「クローン病」の方のみ追加で記入してください。

(太枠内は、過去6か月間の最重症時の状態を記入してください)

最重症時の年月日		西暦	年	月	日
持続性又は反復性の粘血・ 血便、あるいはその既往		<input type="checkbox"/> 1あり <input type="checkbox"/> 2なし			
軟便・下痢回数	<input type="checkbox"/> 6回/日以上 <input type="checkbox"/> 5回/日 <input type="checkbox"/> 4回/日以下 <input type="checkbox"/> 不明				
腹部自発痛	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	潰瘍性大腸炎 家系内発生	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
体重減少	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	虫垂切除歴	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
38℃以上の 発熱	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	過去1年間の 妊娠 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		