

<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	負担区分	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				
有効期間	令和3年10月1日から令和3年9月30日 まで							

上記のとおり認定する。
令和3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		