

<受給者の皆様へ>

- ◆臨床調査個人票(診断書)の用紙ではなく、この「作成依頼票」を皆さまへお送りしています。
- ◆この作成依頼票を使用して臨床調査個人票をご準備ください。

臨床調査個人票(診断書)作成依頼票

- 医療機関の窓口はこの用紙を提出し、診断書作成を依頼してください。
- 下の枠内と裏面の問診票を必ず記入してください。
- 特定医療費(指定難病)受給者証を提示してください。

(フリガナ)		生年月日	
氏 名		大正 昭和 平成	年 月 日
疾 病 名		新規・更新の別 (いずれかに○)	新規 更新
その他連絡事項 (ある場合のみ)			

<難病指定医・協力難病指定医様および文書担当者様へのお願い>

半田保健所では、特定医療費(指定難病)の受給手続きをされる方に、臨床調査個人票(診断書)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(愛知県下統一的に実施しています)。

受給者の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確認し、医療機関様にて様式をダウンロードのうえ、作成いただきますようご協力よろしくお願い致します。

※診断年月日の記載欄のある新様式をご使用ください。

臨床調査個人票(PDF版)ダウンロード先

※診断書の枝番号がある場合: 疾病名の欄の番号を付させていただきます(例: 67-1 など)

・難病情報センターのホームページ <https://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、ご連絡をお願い致します。

半田保健所 総務企画課 TEL: 0569-21-3341



以下の問診に記入のうえ、医療機関へ提出してください。

指定難病問診票

記入日 西暦 年 月 日

●この問診票は全員記入してください。 ●分かる範囲内で記入してください。

出生都道府県・市区町村 _____

以前の登録氏名（変更ある場合） 姓^{ふりがな}（漢字） _____ 名^{ふりがな}（漢字） _____

家族歴（※本人以外の家族・親族で同じ病名の発症者がいるか。） ☐1あり ☐2なし ☐3不明

発症者続柄（※上記「家族歴」が「あり」の場合）

☐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

療育手帳 ☐1 あり ☐2 なし

精神障害者保健福祉手帳 ☐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	☐ 6回/日以上 ☐ 5回/日 ☐ 4回/日以下 ☐ 不明		
便の性状	☐ 1.水様 ☐ 2.泥状 ☐ 3.軟便 ☐ 4.有形		
腹部自発痛	☐ 1.あり ☐ 2.なし		
a) 発熱 37.5℃以上	☐ 1.あり ☐ 2.なし	虫垂切除歴	☐ 1.あり ☐ 2.なし
b) 頻脈 90/分以上	☐ 1.あり ☐ 2.なし	クローン病家系内発生	☐ 1.あり ☐ 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	☐ 1あり ☐ 2なし		
軟便・下痢回数	☐ 6回/日以上 ☐ 5回/日 ☐ 4回/日以下 ☐ 不明		
腹部自発痛	☐ 1.あり ☐ 2.なし	潰瘍性大腸炎家系内発生	☐ 1.あり ☐ 2.なし
体重減少	☐ 1.あり ☐ 2.なし	虫垂切除歴	☐ 1.あり ☐ 2.なし
38℃以上の発熱	☐ 1.あり ☐ 2.なし	過去1年間の妊娠（女性のみ）	☐ 1.あり ☐ 2.なし



愛知県