

別紙 2

臨床調査個人票

☐ 新規 ☐ 更新

001 球脊髄性筋萎縮症

受給者番号

■ 基本情報

姓 (かな)					名 (かな)						
姓 (漢字)					名 (漢字)						
生年月日	西暦				年			月		日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1.男 ☐ 2.女										

・枠の周りは、2mm以上の余白を設定してください。

・他の帳票も同様に線の周りには余白を入れてください。

・画面上の黒色■マークの用紙外側に向かって8mm～には余白を入れてください。

・内側付近3mm以内には何も配置しないでください。

グレーに塗られている箇所に下記は厳禁です。

- ・押印
- ・付箋貼付
- ・ナンバリング
- ・OCR箇所以外の手書記入

・右余白には記載・押印等何も記入しないでください。

別紙 2

出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)		名 (かな)	
	姓 (漢字)		名 (漢字)	
■ 行政記載欄	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明			
	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 *11を選択の場合、以下に記入			
	続柄			
発症年月	西暦			年
				月

・ 帳票番号記載箇所の周り10mmは余白を入れてください。

・ 用紙の外側は5mm程度以上の余白を入れてください。

