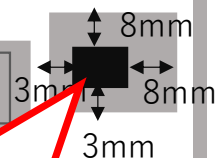


別紙 2

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)

グレーに塗られている箇所には下記は厳禁です。

- ・ 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。

- ・ 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。

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

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	<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を選択の場合、以下に記入				
続柄				
発症年月	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 <input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	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。

