

065 原発性免疫不全症候群

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	*以降、数字は 右詰めで記入
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	<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						
発症時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
社会保障							
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし						
要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
生活状況							
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである						
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない						
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない						
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい						
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる						
手帳取得状況							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級）						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり						
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級）						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

国際免疫学会の原発性免疫不全症分類専門委員による分類に準じ、 厚生労働省原発性免疫不全症候群調査研究班および日本免疫不全症研究会 (現 日本免疫不全・自己炎症学会) の作製した診断基準で診断されている	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--

診断

診断	
①複合免疫不全症	<input type="checkbox"/> 1. 〈I X連鎖重症複合免疫不全症〉 <input type="checkbox"/> 2. 〈II 細網異形成症〉 <input type="checkbox"/> 3. 〈III アデノシンデアミナーゼ (ADA) 欠損症〉 <input type="checkbox"/> 4. 〈IV オーメン (Omenn) 症候群〉 <input type="checkbox"/> 5. 〈V プリンヌクレオシドホスホリラーゼ欠損症〉 <input type="checkbox"/> 6. 〈VI CD8 欠損症〉 <input type="checkbox"/> 7. 〈VII ZAP-70 欠損症〉 <input type="checkbox"/> 8. 〈VIII MHC クラス I 欠損症〉 <input type="checkbox"/> 9. 〈IX MHC クラス II 欠損症〉 <input type="checkbox"/> 10. 〈X I から X までに掲げるもののほかの、複合免疫不全症〉
②免疫不全を伴う特徴的な症候群	<input type="checkbox"/> 11. 〈I ウィスコット・オールドリッチ (Wiskott-Aldrich) 症候群〉 <input type="checkbox"/> 12. 〈II 毛細血管拡張性運動失調症〉 <input type="checkbox"/> 13. 〈III ナイミーヘン染色体不安定 (Nijmegen breakage) 症候群〉 <input type="checkbox"/> 14. 〈IV ブルーム (Bloom) 症候群〉 <input type="checkbox"/> 15. 〈V ICF 症候群〉 <input type="checkbox"/> 16. 〈VI PMS2 異常症〉 <input type="checkbox"/> 17. 〈VII RIDDLE 症候群〉 <input type="checkbox"/> 18. 〈VIII シムケ (Schimke) 症候群〉 <input type="checkbox"/> 19. 〈IX ネザートン (Netherton) 症候群〉 <input type="checkbox"/> 20. 〈X 胸腺低形成 (DiGeorge 症候群、22q11.2 欠失症候群)〉 <input type="checkbox"/> 21. 〈XI 高 IgE 症候群〉 <input type="checkbox"/> 22. 〈XII 肝中心静脈閉鎖症を伴う免疫不全症〉 <input type="checkbox"/> 23. 〈XIII 先天性角化不全症〉

<p>③液性免疫不全を主とする疾患</p>	<p><input type="checkbox"/> 24. 〈I X連鎖無ガンマグロブリン血症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 25. 〈II 分類不能型免疫不全症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 26. 〈III 高IgM症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 27. 〈IV IgGサブクラス欠損症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 28. 〈V 選択的IgA欠損症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 29. 〈VI 特異抗体産生不全症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 30. 〈VII 乳児一過性低ガンマグロブリン血症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 31. 〈VIII IからVIIまでに掲げるもののほかの、液性免疫不全を主とする疾患〉</p>
<p>④免疫調節障害</p>	<p><input type="checkbox"/> 32. 〈I チェディアック・東 (Chédiak-Higashi) 症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 33. 〈II X連鎖リンパ増殖症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 34. 〈III 自己免疫性リンパ増殖症候群 (ALPS)〉</p> <p><input type="checkbox"/> 35. 〈IV IからIIIに掲げるもののほかの、免疫調節障害〉</p>
<p>⑤原発性食細胞機能不全症および欠損症</p>	<p><input type="checkbox"/> 36. 〈I 重症先天性好中球減少症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 37. 〈II 周期性好中球減少症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 38. 〈III I及びIIに掲げるもののほかの、慢性の経過をたどる好中球減少症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 39. 〈IV 白血球接着不全症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 40. 〈V シュワツハマン・ダイヤモンド (Shwachman-Diamond) 症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 41. 〈VI 慢性肉芽腫症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 42. 〈VII ミエロペルオキシダーゼ欠損症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 43. 〈VIII メンデル遺伝型マイコバクテリア易感染症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 44. 〈IX IVからVIIIに掲げるもののほかの、白血球機能異常〉</p>
<p>⑥自然免疫異常</p>	<p><input type="checkbox"/> 45. 〈I 免疫不全を伴う無汗性外胚葉形成異常症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 46. 〈II IRAK4欠損症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 47. 〈III MyD88欠損症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 48. 〈IV 慢性皮膚粘膜カンジダ症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 49. 〈V IからIVに掲げるもののほかの、自然免疫異常〉</p>

⑦先天性補体欠損症	<input type="checkbox"/> 50. 〈I 先天性補体欠損症〉 <input type="checkbox"/> 51. 〈II 遺伝性血管性浮腫 (C1 インヒビター欠損症)〉 <input type="checkbox"/> 52. 〈III I 及び II に掲げるもののほかの、先天性補体欠損症〉
-----------	--

A. 主要所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

理学所見													
身長	□	□	□	□	□	cm	体重	□	□	□	□	□	kg
合併症													
反復性気道感染症 (中耳炎、副鼻腔炎を含む)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明												
	内容												
重症細菌感染症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明												
	内容												
気管支拡張症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明												
	内容												
膿皮症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明												
	内容												
化膿性リンパ節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明												
	内容												
遷延性下痢症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明												
	内容												
口腔カンジタ症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明												
	内容												

ニューモシスチス肺炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
ウイルス感染の重症化 (重症水痘など)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
その他の感染症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
アレルギー疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
慢性湿疹	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
関節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
自己免疫疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
先天性心疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	

小脳失調	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	内容		
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	内容		
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	その他の内容		

B. 検査所見

末梢血検査 (受診時)				
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L			
赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4/\mu$ L			
ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4/\mu$ L	
リンパ球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /mm ³	好中球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	
免疫血清学検査				
CH50 値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/dL	C3 値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
C4 値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	IgG	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
IgG サブクラス	IgG1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	IgG2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
	IgG3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	IgG4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
IgA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	IgM	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
IgE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL			

特異抗体（麻疹、風疹、EBV など）の有無			
麻疹抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	風疹抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
EBV 抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
その他の抗体			
リンパ球サブセット			
B 細胞	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	T 細胞	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
NK 細胞	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	CD4/CD8 比	
細胞性免疫検査			
PHA リンパ球 幼若化反応	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査	遅延型皮膚 反応	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査
NK 活性	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査		
顆粒球機能検査			
遊走能	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査	食食能	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査
殺菌能	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査	NBT 還元能など	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査
酵素活性			
ADA 活性	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査	PNP 活性	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査
胸部エックス線			
肺炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	気管支拡張症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
変異の認められた遺伝子名を記載	

■ その他の事項

治療その他

造血細胞移植療法	
実施有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 実施予定
	施行日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	2回目施行日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
HLA ドナーの種類	<input type="checkbox"/> 1. HLA 一致ドナー <input type="checkbox"/> 2. HLA 不一致ドナー
	HLA 一致ドナーの場合 <input type="checkbox"/> 1. 同胞 <input type="checkbox"/> 2. 同胞を除く血縁 <input type="checkbox"/> 3. 非血縁
	HLA 不一致ドナーの場合 <input type="checkbox"/> 1. 血縁 <input type="checkbox"/> 2. 非血縁 <input type="checkbox"/> 3. 臍帯血
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
その他の治療法	
IFN-gamma の使用	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
免疫グロブリン療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	用量 <input type="text"/> <input type="text"/> 週間に1回
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g
抗菌薬	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	薬剤名
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
抗真菌剤	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	薬剤名
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
抗ウイルス剤	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	薬剤名
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

その他の薬剤	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	内容	

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり						
開始時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり			<input type="checkbox"/> 2. なし			
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器			<input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器			
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行		<input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行		<input type="checkbox"/> 3. 一日中施行		<input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助		<input type="checkbox"/> 部分介助		<input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能				
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能				
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助		<input type="checkbox"/> 部分介助		<input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能			
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助			

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名												
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
診断年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。)
- 治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- 診断基準、重症度分類については、
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- 診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- 審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
公費負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定			<input type="checkbox"/> 不認定								
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無								
受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
有効期限	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護			<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ			<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ			<input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ		
	<input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ			<input type="checkbox"/> 上位所得			<input type="checkbox"/> その他					
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無								
保険情報	保険者番号				被保険者記号							
	被保険者番号				被保険者 個人単位枝番							
	資格取得 年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>