

073 下垂体性 TSH 分泌亢進症

■ 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>

<input type="checkbox"/> Definite: Aの主要症候のうち1項目以上を満たし、Bの検査所見の全てを満たし、Cの鑑別疾患を除外したもの
<input type="checkbox"/> Probable: Aの主要症候のうち1項目以上を満たし、Bの検査所見の①及び②を満たし、Cの鑑別疾患を除外したもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

A. 主要症候

①甲状腺中毒症状（動悸、頻脈、発汗増加、体重減少）を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
②びまん性甲状腺腫大を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
③下垂体腺腫による症状（頭痛・視野障害）を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当

B. 検査所見

①血中甲状腺ホルモン（遊離T4）が高値にもかかわらず、血中TSHは用いた検査キットにおける健常者の年齢・性別基準値と比して正常値～軽度高値を示す（Syndrome of Inappropriate Secretion of TSH ; SITSH）	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
②画像診断で下垂体腺腫を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
③摘出した下垂体腺腫組織の免疫組織学的検索によりTSHβないしはTSH染色性を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当

画像所見

CT	検査年月日	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
	下垂体腺腫の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	所見	
MRI	検査年月日	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
	下垂体腺腫の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 下垂体微小腺腫（10 mm未満） <input type="checkbox"/> 2. 下垂体マクロ腺腫（10 mm以上）
	海綿静脈洞進展の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	鞍上部進展の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

病理所見（摘出した下垂体腫瘍組織の免疫組織学的検索）				
陽性のもの	<input type="checkbox"/> 1. TSH	<input type="checkbox"/> 2. TSH β	<input type="checkbox"/> 3. PRL	<input type="checkbox"/> 4. GH
	<input type="checkbox"/> 5. FSH	<input type="checkbox"/> 6. LH	<input type="checkbox"/> 7. α サブユニット	<input type="checkbox"/> 8. ACTH

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン不応症			

■ 重症度分類に関する事項 *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

<input type="checkbox"/> 1. 軽症： 重症以外		
<input type="checkbox"/> 2. 重症： 血中 FT3 又は FT4 が上昇し、かつ甲状腺中毒症状を認める		
甲状腺中毒症状		
<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 頻脈	
<input type="checkbox"/> 発汗増加	<input type="checkbox"/> 体重減少	
検査所見		
血中遊離 T3	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
	基準値（上限）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
血中遊離 T4	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/dL
	基準値（上限）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/dL

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

--

■ その他の事項

発症と経過

現在の活動状況	<input type="checkbox"/> 1. 正常人と同じ	<input type="checkbox"/> 2. やや制限	<input type="checkbox"/> 3. 中等度制限	<input type="checkbox"/> 4. 高度制限
発病後年月	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	か月

症状

理学所見 (治療前) (新規)			
脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	回/分	体温 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 度
収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg	拡張期血圧 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
身長・体重等			
発病前最大 (新規)	身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg
確診時 (新規)	身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg
現在	身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> kg
主症状 (治療前) (新規)			
検査日	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		
i) 頭痛	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	ii) 視力・視野障害 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
iii) 発汗増加	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	iv) 体重減少 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
v) 不整脈	<input type="checkbox"/> 1. 頻脈 <input type="checkbox"/> 2. 徐脈 <input type="checkbox"/> 3. 心房細動 <input type="checkbox"/> 4. なし		
vi) 動悸	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	心不全 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
甲状腺腫大	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
月経異常 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	ED(勃起障害) (男性のみ) <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	その他の内容		
合併症の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 2. 高血圧 <input type="checkbox"/> 3. 狭心症 <input type="checkbox"/> 4. 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 5. 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 6. 脳出血 <input type="checkbox"/> 7. 高脂血症 <input type="checkbox"/> 8. 肝障害 <input type="checkbox"/> 9. 腎障害 <input type="checkbox"/> 10. 多発性内分泌腫瘍症 I 型 <input type="checkbox"/> 11. その他	

検査所見

検査所見 (治療前) (新規)										
検査年月日	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
血中遊離 T4	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/dL			
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/dL			
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/dL			
血中遊離 T3	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL			
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL			
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL			
血清 TSH	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μU/mL			
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μU/mL			
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μU/mL			
血中 αサブユニット	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL			
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL			
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL			
GH	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL			
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL			
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL			
IGF-1	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL			
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL			
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL			
プロラクチン	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL			
	基準値 (自)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL			
	基準値 (至)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL			

ACTH	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL					
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL					
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL					
コルチゾール	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL					
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL					
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL					
抗 TSH レセプター抗体	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L					
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L					
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L					
TSAb	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	%					
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	%					
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	%					
αサブユニット/TSH モル比		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
その他のホルモン異常								
GH 系	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	LH/FSH 系	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし			
ACTH 系	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	PRL 系	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし			
バソプレシン系	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし						
画像所見								
X 線	検査年月日	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
	トルコ鞍拡大	<input type="checkbox"/> 1. あり					<input type="checkbox"/> 2. なし	
	所見							

負荷試験（治療前）（新規）			
TRH 試験	負荷前 TSH	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μU/mL
	頂値	<input type="checkbox"/> 30分	<input type="checkbox"/> 60分
		<input type="checkbox"/> 90分	<input type="checkbox"/> 120分
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μU/mL
甲状腺エコー			
施行有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施	びまん性 甲状腺腫大
			<input type="checkbox"/> 1. あり
			<input type="checkbox"/> 2. なし
所見			
甲状腺ヨード摂取率（シンチグラフィ）			
施行有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施	数値
			<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
内容	<input type="checkbox"/> 1. びまん性		
	<input type="checkbox"/> 2. 結節性		

治療

治療	<input type="checkbox"/> 1. あり			<input type="checkbox"/> 2. なし				
薬物治療の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり							
	<input type="checkbox"/> 2. なし							
	薬物名							
	投与量							
下垂体手術	<input type="checkbox"/> 1. 実施							
	<input type="checkbox"/> 2. 未実施							
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 経蝶形骨洞			<input type="checkbox"/> 2. 開頭			
	手術日	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
下垂体照射	<input type="checkbox"/> 1. 実施							
	<input type="checkbox"/> 2. 未実施							
	実施日	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

その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	内容	
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	
	治療経過及び 治療効果の内容	

■ 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"/>					
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"/>						
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"/>