

## 083 アジソン病

## ■ 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>

- アジソン病：血漿コルチゾール低値と血漿ACTHの高値を認め、迅速ACTH負荷試験で血漿コルチゾールの増加反応を認めない
- 部分的アジソン病：血漿コルチゾールが正常下限でも、ACTH負荷に対して血漿コルチゾールの反応性が欠如あるいは低下を認めるもの
- いずれにも該当しない

診断（新規）

<input type="checkbox"/> 1. 自己免疫性副腎炎 <input type="checkbox"/> 2. 結核性 <input type="checkbox"/> 3. 感染症 <input type="checkbox"/> 4. その他			
結核性疾患			
肺結核	<input type="checkbox"/> 1. 合併症	<input type="checkbox"/> 2. 既往症	<input type="checkbox"/> 3. なし
胸膜炎	<input type="checkbox"/> 1. 合併症	<input type="checkbox"/> 2. 既往症	<input type="checkbox"/> 3. なし
腹膜炎	<input type="checkbox"/> 1. 合併症	<input type="checkbox"/> 2. 既往症	<input type="checkbox"/> 3. なし
骨・関節炎	<input type="checkbox"/> 1. 合併症	<input type="checkbox"/> 2. 既往症	<input type="checkbox"/> 3. なし
頸部リンパ腺炎	<input type="checkbox"/> 1. 合併症	<input type="checkbox"/> 2. 既往症	<input type="checkbox"/> 3. なし
皮膚結膜	<input type="checkbox"/> 1. 合併症	<input type="checkbox"/> 2. 既往症	<input type="checkbox"/> 3. なし
結核性痔瘻	<input type="checkbox"/> 1. 合併症	<input type="checkbox"/> 2. 既往症	<input type="checkbox"/> 3. なし
腎結核	<input type="checkbox"/> 1. 合併症	<input type="checkbox"/> 2. 既往症	<input type="checkbox"/> 3. なし
副睾丸炎	<input type="checkbox"/> 1. 合併症	<input type="checkbox"/> 2. 既往症	<input type="checkbox"/> 3. なし
眼結膜	<input type="checkbox"/> 1. 合併症	<input type="checkbox"/> 2. 既往症	<input type="checkbox"/> 3. なし

**A. 症状**

主症状			
診断日	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		
自覚症状	<input type="checkbox"/> 1. 色素沈着 <input type="checkbox"/> 2. 易疲労、脱力感 <input type="checkbox"/> 3. 体重減少 <input type="checkbox"/> 4. 消化器症状（食欲不振、悪心・嘔吐、下痢、腹痛） <input type="checkbox"/> 5. 精神症状（無気力、無関心、不安感） <input type="checkbox"/> 6. 急性副腎皮質不全症状 （全身倦怠感、頭痛、悪心・嘔吐、発熱、意識障害、呼吸困難、ショック） <input type="checkbox"/> 7. その他		
色素沈着	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	甲状腺腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
二次性徴障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	ステロイド補充	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
甲状腺機能			
性腺機能			
その他			

**B. 検査所見** \*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

検査所見（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		
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / $\mu$ 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"/> / $\mu$ L
好中球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / $\mu$ L	好酸球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / $\mu$ L
ナトリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L	カリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
空腹時血糖	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		

内分泌検査		
血漿 ACTH	基礎値	<input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> pg/mL
	基準値(下限)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
血漿 コルチゾール (又は血清コ ルチゾール)	基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
	基準値(上限)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
	基準値(下限)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
	迅速 ACTH 負荷後	頂値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/dL
免疫学的検査		
抗副腎抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検査	

### C. 鑑別診断 (新規)

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"/> 1. SF-1 異常症 <input type="checkbox"/> 2. ACTH 不応症 (コルチゾール低値, アルドステロン正常)	
<input type="checkbox"/> 3. 先天性リポイド過形成症 <input type="checkbox"/> 4. 甲状腺機能亢進症	
<input type="checkbox"/> 5. ヘモクロマトーシス <input type="checkbox"/> 6. 肝硬変症	
<input type="checkbox"/> 7. 吸収不良症候群 <input type="checkbox"/> 8. ポイツーイエガー (Peutz-Jeghers) 症候群	
<input type="checkbox"/> 9. 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 10. 強皮症	
<input type="checkbox"/> 11. 黒色表皮症 <input type="checkbox"/> 12. レクリングハウゼン病	

### ■ 重症度分類に関する事項

1. 「血中コルチゾールの低下を認める」： 血中コルチゾール基礎値 4µg/dL 未満	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 「負荷試験への反応性低下」：迅速 ACTH 負荷 (250µg) に 対する血中コルチゾールの反応 15µg/dL 未満	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 「何らかの副腎不全症状がある」	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 特徴的な色素沈着 <input type="checkbox"/> 半年間で 5%以上の体重減少 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> 低血糖症状 <input type="checkbox"/> 消化器症状 (悪心、嘔吐など) <input type="checkbox"/> 精神症状 (無気力、嗜眠、不安など) <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 過去 1 年間に急性副腎皮質不全症状に伴う入院歴がある <input type="checkbox"/> その他	

4. 「ステロイドを定期的に補充している者」	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

副腎ステロイド補充療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

ステロイドの種類	
投与量	
投与歴	約 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年

内分泌検査			
血中 コルチゾール	基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL	
	迅速 ACTH 負荷後	頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/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

ア. 症状

理学所見			
身長	<input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> kg
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
合併症			
合併症の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
多腺性自己免疫症候群	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	疾患名	<input type="checkbox"/> 1. 慢性甲状腺炎 <input type="checkbox"/> 2. バセドウ病 <input type="checkbox"/> 3. 皮膚カンジダ症 <input type="checkbox"/> 4. 性腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 5. その他	
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	<input type="checkbox"/> 1. 機能亢進症 <input type="checkbox"/> 2. 機能低下症 <input type="checkbox"/> 3. 橋本甲状腺炎 <input type="checkbox"/> 4. 単純性甲状腺腫		
その他			

イ. 検査所見

検査所見			
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		
<b>(更新)</b>			
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / $\mu$ 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"/> / $\mu$ L
好中球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / $\mu$ L	好酸球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / $\mu$ L
ナトリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L	カリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
空腹時血糖	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
AST	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	ALT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
$\gamma$ -GTP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	BUN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	HbA1c (NGSP)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
画像所見			
X線・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	
	石灰化所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
骨密度	測定部位	<input type="checkbox"/> 1. 腰椎 <input type="checkbox"/> 2. 大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 3. 橈骨	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	g/cm <sup>2</sup>	
内分泌検査			
尿中遊離 コルチゾール	基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\mu$ g/日	
	基準値 (上限)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\mu$ g/日	
	基準値 (下限)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\mu$ g/日	
血漿アルド ステロン濃度	基礎値	<input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> pg/mL	
	基準値 (下限)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL	



血漿レニン 活性	基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL/hr	
	基準値（上限）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL/hr	
	基準値（下限）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL/hr	
血中 DHEA-S	基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL	
	基準値（上限）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL	
	基準値（下限）	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL	
免疫学的検査				
抗甲状腺抗体	抗サイログロブリン抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未検査
	抗 TPO 抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未検査
その他 自己抗体		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未検査
	自己抗体名			
合併症				
<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明				
<input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 骨量低下 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症				

ウ. その他

BMI	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
-----	---------------------------------------------------------------------------------------

■ 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"/> <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"/>			
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"/>			
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	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>
	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