

## 084 サルコイドーシス

## ■ 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>

組織診断群
<input type="checkbox"/> Definite : A、B、Cのいずれかで1項目以上を満たし、Eが除外され、Dの所見が陽性のもの
臨床診断群
<input type="checkbox"/> Probable 1 : Aの1項目以上があり、Bの5項目中2項目以上であり、Cの呼吸器、眼、心臓病変3項目中2項目を満たし、Eが除外され、Dの所見が陰性であるもの
<input type="checkbox"/> Probable 2 (心臓限局性) : Aの心臓以外の臨床症状が陰性、B.4が心臓のみ、C.3の主徴候 a)、b)、c)、d)、e)のうちd)を含む4項目以上が陽性、Eが除外され、Dの所見が陰性のもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

A. 症状・所見 (新規)

臨床症状・所見	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択	<input type="checkbox"/> 2. なし			
	<input type="checkbox"/> 呼吸器	<input type="checkbox"/> 眼	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 神経
	<input type="checkbox"/> 臓器非特異的全身症状	<input type="checkbox"/> 胸郭外リンパ節	<input type="checkbox"/> その他の臓器		
	*その他の臓器を選択した場合、以下に記入				

B. 特徴的検査所見 (新規) \*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

1. 両側肺門縦隔リンパ節腫脹 (BHL)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未検			
	再燃の場合：前回					
	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. 血清アンジオテンシン I 転換酵素 (ACE) 活性上昇または血清リゾチーム値上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未検			
	*1の場合、以下より選択					
	<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> リゾチーム				
	再燃の場合：前回					
西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
3. 血清可溶性インターロイキン 2 レセプター値上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未検			
	再燃の場合：前回					
	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. <sup>67</sup> Ga シンチグラフィまたは <sup>18</sup> F-FDG/PET における著明な集積所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検 *1 の場合、以下より選択	
	<input type="checkbox"/> <sup>67</sup> Ga シンチグラフィ <input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-FDG/PET	
	<input type="checkbox"/> 1. 心臓のみ <input type="checkbox"/> 2. 心臓のみではない	
	再燃の場合：前回	
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	
5. 気管支肺胞洗浄液のリンパ球比率上昇または CD4/CD8 比の上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検	
	再燃の場合：前回	
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	
	CD4/CD8 比	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

C. 臓器病変を強く示唆する臨床所見（新規）

1. 呼吸器病変を強く示唆する臨床所見	<input type="checkbox"/> 1. あり（画像所見にて、a 又は b を満たす場合） <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検 *1 の場合、以下より選択	
	<input type="checkbox"/> a. 両側肺門縦隔リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> b. リンパ路である広義間質（気管支血管束周囲、小葉間隔壁、胸膜直下、小葉中心部）に沿った多発粒状影又は肥厚像	
2. 眼病変を強く示唆する臨床所見	<input type="checkbox"/> 1. あり（以下 6 項目中 2 項目以上陽性の場合） <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検 *1 の場合、以下より選択	
	a. 肉芽腫性前部ぶどう膜炎（豚脂様角膜後面沈着物、虹彩結節）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	b. 隅角結節または テント状周辺虹彩前癒着	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	c. 塊状硝子体混濁（雪玉状、数珠状）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	d. 網膜血管周囲炎（主に静脈）および血管周囲結節	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	e. 多発するろう様網脈絡膜滲出斑または光凝固斑様の網脈絡膜萎縮病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	f. 視神経乳頭肉芽腫または脈絡膜肉芽腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

3. 心臓病変を強く示唆する臨床所見	<input type="checkbox"/> 1. あり (主徴候 2 項目以上陽性、または主徴候 1 項目と副徴候 2 項目以上陽性の場合) <input type="checkbox"/> 2. あり (主徴候 a)、b)、c)、d)、e) のうち d) を含む 4 項目以上が陽性の場合)		
	<input type="checkbox"/> 3. なし <input type="checkbox"/> 4. 未検		
	主徴候	a. 高度房室ブロック (完全房室ブロックを含む) または致死性心室性不整脈 (持続性心室頻拍、心室細動など)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
		b. 心室中隔基部の菲薄化または心室壁の形態異常 (心室瘤、心室中隔基部以外の菲薄化、心室壁肥厚)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
		c. 左室収縮不全 (左室駆出率 50%未満) または局所的心室壁運動異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
		d. <sup>67</sup> Ga シンチグラフィまたは <sup>18</sup> F-FDG/PET での心臓への異常集積	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
e. Gd 造影 MRI における心筋の遅延造影所見		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検	
3. 心臓病変を強く示唆する臨床所見	副徴候	a. 心電図で心室性不整脈 (非持続性心室頻拍、多源性あるいは頻発する心室期外収縮)、脚ブロック、軸偏位、異常 Q 波のいずれかの所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
		b. 心筋血流シンチグラムにおける局所欠損	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検

		c. 心内膜心筋生検：単核細胞浸潤および中等度以上の心筋間質の線維化	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
--	--	------------------------------------	--

D. 病理学的所見 (新規)

乾酪壊死を伴わない 類上皮細胞肉芽腫病変	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検		
	再燃の場合：前回		
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
	臓器	<input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 気管支 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 筋肉 <input type="checkbox"/> 心内膜心筋 <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択した場合、以下に記入	

E. 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. 原因既知あるいは別の病態の全身性疾患：悪性リンパ腫、他のリンパ増殖性疾患、がん、ベーチェット病、アミロイドーシス、多発血管炎性肉芽腫症 (GPA)、ウェゲナー肉芽腫症 IgG4 関連疾患、ブラウ症候群、結核、肉芽腫を伴う感染症 (非結核性抗酸菌症、真菌症)	
<input type="checkbox"/> 2. 異物、がんなどによるサルコイド反応	
<input type="checkbox"/> 3. 他の肉芽腫性肺疾患：ベリリウム肺、じん肺、過敏性肺炎	
<input type="checkbox"/> 4. 巨細胞性心筋炎	
<input type="checkbox"/> 5. 原因既知のブドウ膜炎：ヘルペス性ぶどう膜炎、HTLV-1 関連ぶどう膜炎、ポスナー・シュロスマン症候群	
<input type="checkbox"/> 6. 他の皮膚肉芽腫：環状肉芽腫、環状弾性線維融解性巨細胞肉芽腫、リポイド類壊死、メルカーソン・ローゼンタール症候群、顔面播種状粟粒性狼瘡、酒さ	
<input type="checkbox"/> 7. 他の肝肉芽腫：原発性胆汁性胆管炎	

■ 重症度分類に関する事項

重症度	<input type="checkbox"/> 1. 重症度 I (スコア 1) <input type="checkbox"/> 2. 重症度 II (スコア 2) <input type="checkbox"/> 3. 重症度 III (スコア 3 または 4) <input type="checkbox"/> 4. 重症度 IV (スコア 5 または 6)
重症度スコア	
臓器病変数	<input type="checkbox"/> 1) 1 または 2 臓器病変 (1) <input type="checkbox"/> 2) 3 臓器病変以上または心臓病変 (2)
治療の必要性 (全身ステロイド治療、 全身免疫抑制薬治療)	<input type="checkbox"/> 1) 治療なし (0) <input type="checkbox"/> 2) 必要性はあるが治療なし (1) <input type="checkbox"/> 3) 治療予定または治療あり (2)
サルコイドーシスに 関連した各種臓器の 身体障害の認定	<input type="checkbox"/> 1) 身体障害なし (0) <input type="checkbox"/> 2) 身体障害 3 級または 4 級 (1) <input type="checkbox"/> 3) 身体障害 1 級または 2 級 (2)
合計スコア	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

■ 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（新規）

発見動機	<input type="checkbox"/> 1. 健康診断	<input type="checkbox"/> 2. 自覚症状	<input type="checkbox"/> 3. 他疾患受診中	<input type="checkbox"/> 4. 再燃	<input type="checkbox"/> 5. 不明
経過 (最近6か月の経過)	<input type="checkbox"/> 1. 軽快	<input type="checkbox"/> 2. 不変	<input type="checkbox"/> 3. 徐々に悪化	<input type="checkbox"/> 4. 急速に悪化	

臨床所見（更新）

臨床症状	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択		<input type="checkbox"/> 2. なし		
	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 痛み（胸痛、関節痛、全身痛） <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 眼症状 <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 神経症状 <input type="checkbox"/> その他				
呼吸器病変	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	神経系病変	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
眼病変	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	筋病変	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
心臓病変	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	骨病変	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
皮膚病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
その他の臓器病変	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択		<input type="checkbox"/> 2. なし		
	<input type="checkbox"/> 神経系 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 消化管 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 胸郭外リンパ節（表在リンパ節、腹腔内リンパ節）				
	<input type="checkbox"/> 外分泌腺（唾液腺、涙腺） <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋 <input type="checkbox"/> その他				



治療その他

現在の治療状況（今後6か月の予定の治療も含む）	
副腎皮質ステロイド薬の全身投与 （後部テノン嚢下注射を含む）	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	プレドニゾロン 換算最大量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	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
免疫抑制薬の全身投与	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	種類
	最大投与量
	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
難治性病態 （慢性呼吸不全、続発緑内障、慢性心不全、神経・筋障害、著しい全身症状）の治療	<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
非薬物療法 （ペースメーカーなど）	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	治療法
	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

■ 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	□□□□	年 □□ 月 □□ 日
公費負担者番号	□□□□□□□□		
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	□□□□□□□□		
有効期限	西暦	□□□□	年 □□ 月 □□ 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	□□□□ 年 □□ 月 □□ 日