

## 097 潰瘍性大腸炎

## ■ 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						
	続柄						
発症時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
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>

Definite 1 : Aのほか、B-1 (i または ii) またはB-2 (i ~ v)、およびB-3 の活動期または寛解期の項目に該当し、C. 鑑別診断において全て除外可

Definite 2 : Aと、切除手術により肉眼的および組織学的に本症に特徴的な所見を認め、C. 鑑別診断において全て除外可

いずれにも該当しない

A. 主要所見 (新規)

臨床症状	
持続性又は反復性の粘血・血便、 あるいはその既往	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

B. 検査所見 (新規)

1. 内視鏡検査	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	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) 以下のいずれかを認める。	
<input type="checkbox"/> びまん性連続性病変 <input type="checkbox"/> 血管透見像消失 <input type="checkbox"/> 粗ぞう又は細顆粒状粘膜 <input type="checkbox"/> 易出血性 (接触出血) <input type="checkbox"/> 粘血膿性分泌物付着	
(ii) 以下のいずれかを認める。	
<input type="checkbox"/> 多発性びらん・潰瘍 <input type="checkbox"/> 偽ポリポーシス	
2. 注腸X線造影検査	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	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
<input type="checkbox"/> (i) 粗ぞう又は細顆粒状粘膜のびまん性変化を認める <input type="checkbox"/> (ii) 多発性びらん・潰瘍を認める <input type="checkbox"/> (iii) 偽ポリポーシス認める <input type="checkbox"/> (iv) 連続性病変を認める <input type="checkbox"/> (v) その他 <input type="checkbox"/> ハウストラ消失 (鉛管像) を認める <input type="checkbox"/> 腸管の狭小・短縮を認める	

3. 生検組織学的検査	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	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
異形成 (dysplasia) ・ 癌を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
活動期	<input type="checkbox"/> びまん性炎症性細胞浸潤 <input type="checkbox"/> 陰窩膿瘍 <input type="checkbox"/> 高度な杯細胞の減少 <input type="checkbox"/> びらん
寛解期	<input type="checkbox"/> 腺の配列異常 (蛇行・分岐) <input type="checkbox"/> 萎縮

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. 感染性腸炎 <input type="checkbox"/> a. 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> b. アメーバ性大腸炎 <input type="checkbox"/> c. サルモネラ腸炎 <input type="checkbox"/> d. カンピロバクタ腸炎 <input type="checkbox"/> e. 大腸結核 <input type="checkbox"/> f. クラミジア腸炎 <input type="checkbox"/> 2. クローン病 <input type="checkbox"/> 3. 放射線照射性大腸炎 <input type="checkbox"/> 4. 薬剤性大腸炎 <input type="checkbox"/> 5. リンパ濾胞増殖症 <input type="checkbox"/> 6. 虚血性大腸炎 <input type="checkbox"/> 7. 腸型ベーチェット	
糞便病原性微生物検出	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	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
病原性微生物検出	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

■ 重症度分類に関する事項

潰瘍性大腸炎の重症度分類	
重症度判定日	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
<input type="checkbox"/> 1. 軽症	<input type="checkbox"/> 2. 中等症 <input type="checkbox"/> 3. 重症 <input type="checkbox"/> 4. 劇症

臨床症状	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	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
① 排便回数	<input type="checkbox"/> 1) 6回/日以上 <input type="checkbox"/> 2) 5回/日 <input type="checkbox"/> 3) 4回/日以下 <input type="checkbox"/> 4) 不明
② 顕血便	<input type="checkbox"/> 1. (+++) 以上 <input type="checkbox"/> 2. (++) <input type="checkbox"/> 3. (+) ~ (-)
③ 発熱 (37.5℃以上)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
④ 頻脈 (90/分以上)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
⑤ 貧血 (ヘモグロビン 10.0g/dL 以下)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
⑥-1 赤沈	<input type="checkbox"/> 1) 30 mm/hr 以上 <input type="checkbox"/> 2) 30 mm/hr 未満、正常上限超え <input type="checkbox"/> 3) 正常
⑥-2 CRP	<input type="checkbox"/> 1) 3.0 mg/dL 以上 <input type="checkbox"/> 2) 3.0 mg/dL 未満、正常上限超え <input type="checkbox"/> 3) 正常
腹部 自発痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

■ 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

患者背景、合併症等 \*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	<input type="text"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> 度
血液検査			
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / $\mu$ L	赤血球	<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"/> 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
赤沈 (1時間)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/hr	CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
総蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
生活歴・既往歴			
喫煙	<input type="checkbox"/> 1. 現在の喫煙 <input type="checkbox"/> 2. 過去の喫煙 <input type="checkbox"/> 3. なし <input type="checkbox"/> 4. 不明		
虫垂切除歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
罹患部位 (更新時は過去の最重症時の状態)			
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		
罹患部位	<input type="checkbox"/> 1. 全大腸炎型 (脾彎曲部をこえる) <input type="checkbox"/> 2. 左側大腸炎型 <input type="checkbox"/> 3. 直腸炎型 <input type="checkbox"/> 4. 右側型 (分節型)		
虫垂病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
難治性の該当	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	種類	<input type="checkbox"/> 1. ステロイド抵抗性 <input type="checkbox"/> 2. ステロイド依存性 <input type="checkbox"/> 3. 頻回の再燃又は慢性持続	
合併症 (過去の合併症を全て記載)			
腸管合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 大量出血 <input type="checkbox"/> 2. 穿孔 <input type="checkbox"/> 3. 中毒性巨大結腸症 <input type="checkbox"/> 4. 狭窄 <input type="checkbox"/> 5. 癌・dysplasia <input type="checkbox"/> 6. CMV 感染 <input type="checkbox"/> 7. C. difficile 感染 <input type="checkbox"/> 8. その他の腸管合併症 *8 を選択の場合、特記事項に記入 *5 を選択の場合、以下に記入	
	部位		

腸管外合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 関節病変 <input type="checkbox"/> 2. 皮膚病変 <input type="checkbox"/> 3. 眼病変 <input type="checkbox"/> 4. 原発性硬化性胆管炎 <input type="checkbox"/> 5. 自己免疫性膵炎 <input type="checkbox"/> 6. IgG4 関連疾患 <input type="checkbox"/> 7. 成長障害 <input type="checkbox"/> 8. 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 9. その他の腸管外合併症                      *9 を選択の場合、特記事項に記入	

近親者の発症者の有無 (新規)	
潰瘍性大腸炎家系内発生	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合
	<input type="checkbox"/> 1 親等 <input type="checkbox"/> 1. 親 <input type="checkbox"/> 2. 子 <input type="checkbox"/> 2 親等 <input type="checkbox"/> 1. 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 2. 祖父母 <input type="checkbox"/> 3. 孫 <input type="checkbox"/> 3 親等以上
	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
クローン病家系内発生	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合
	<input type="checkbox"/> 1 親等 <input type="checkbox"/> 1. 親 <input type="checkbox"/> 2. 子 <input type="checkbox"/> 2 親等 <input type="checkbox"/> 1. 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 2. 祖父母 <input type="checkbox"/> 3. 孫 <input type="checkbox"/> 3 親等以上
	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

病態 (更新申請時のみ記載)	
臨床経過	<input type="checkbox"/> 1. 初回発作 <input type="checkbox"/> 2. 再燃緩解 <input type="checkbox"/> 3. 慢性持続 <input type="checkbox"/> 4. 急性電撃 <input type="checkbox"/> 5. なし <input type="checkbox"/> 6. 不明
過去1年の入院回数	合計 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
術後	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	該当の場合 <input type="checkbox"/> 1. 大腸全摘出 <input type="checkbox"/> 2. 結腸 (垂) 全摘 <input type="checkbox"/> 3. その他

治療その他（最近1年間に実施した全ての治療）

1. 内科的治療		
内科的治療の実施有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 内服 <input type="checkbox"/> 2. 局所療法 <input type="checkbox"/> 3. 点滴静注
5-ASA 製剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 内服 <input type="checkbox"/> 2. 局所療法
免疫調節薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. AZA <input type="checkbox"/> 2. 6-MP
カルシニューリン 阻害剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. Tacrolimus <input type="checkbox"/> 2. Cyclosporin A
抗 TNF $\alpha$ 抗体製剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
JAK 阻害薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
抗 IL-12/23 抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
ベドリズムアブ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
カロテグラストメチル	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
血球成分除去療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
2. 外科的治療		
外科的治療の実施有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
手術理由	<input type="checkbox"/> 1. 大量出血 <input type="checkbox"/> 2. 巨大結腸症 <input type="checkbox"/> 3. 癌	
	<input type="checkbox"/> 4. 穿孔 <input type="checkbox"/> 5. 重症 <input type="checkbox"/> 6. 劇症	
	<input type="checkbox"/> 7. 難治 <input type="checkbox"/> 8. 腸管外合併症 <input type="checkbox"/> 9. その他	

手術日・術式	1回目	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
		術式(1)	<input type="checkbox"/> 1. 大腸全摘 <input type="checkbox"/> 2. 結腸（垂）全摘 <input type="checkbox"/> 3. 残存直腸切除 <input type="checkbox"/> 4. その他    *4を選択の場合、特記事項に記入
		術式(2)	<input type="checkbox"/> 1. 回腸囊肛門吻合 <input type="checkbox"/> 2. 回腸囊肛門管吻合 <input type="checkbox"/> 3. 回腸直腸吻合 <input type="checkbox"/> 4. その他    *4を選択の場合、特記事項に記入
		術式(3)	<input type="checkbox"/> 1. 回腸人工肛門造設 <input type="checkbox"/> 2. 回腸人工肛門閉鎖 <input type="checkbox"/> 3. その他    *3を選択の場合、特記事項に記入
手術日・術式	2回目	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
		術式(1)	<input type="checkbox"/> 1. 大腸全摘 <input type="checkbox"/> 2. 結腸（垂）全摘 <input type="checkbox"/> 3. 残存直腸切除 <input type="checkbox"/> 4. その他    *4を選択の場合、特記事項に記入
		術式(2)	<input type="checkbox"/> 1. 回腸囊肛門吻合 <input type="checkbox"/> 2. 回腸囊肛門管吻合 <input type="checkbox"/> 3. 回腸直腸吻合 <input type="checkbox"/> 4. その他    *4を選択の場合、特記事項に記入
		術式(3)	<input type="checkbox"/> 1. 回腸人工肛門造設 <input type="checkbox"/> 2. 回腸人工肛門閉鎖 <input type="checkbox"/> 3. その他    *3を選択の場合、特記事項に記入
手術日・術式	3回目	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
		術式(1)	<input type="checkbox"/> 1. 大腸全摘 <input type="checkbox"/> 2. 結腸（垂）全摘 <input type="checkbox"/> 3. 残存直腸切除 <input type="checkbox"/> 4. その他    *4を選択の場合、特記事項に記入
		術式(2)	<input type="checkbox"/> 1. 回腸囊肛門吻合 <input type="checkbox"/> 2. 回腸囊肛門管吻合 <input type="checkbox"/> 3. 回腸直腸吻合 <input type="checkbox"/> 4. その他    *4を選択の場合、特記事項に記入
		術式(3)	<input type="checkbox"/> 1. 回腸人工肛門造設 <input type="checkbox"/> 2. 回腸人工肛門閉鎖 <input type="checkbox"/> 3. その他    *3を選択の場合、特記事項に記入

■ 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"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<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"/>			
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"/>			
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