

## 077 下垂体性成長ホルモン分泌亢進症

## ■ 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"/> <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"/>
<input type="text"/> 年 <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 checked="" 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>

Definite : Aの1項目以上を満たし、Bの①~③の全てを満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
-------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

A. 主症候

①手足の容積の増大	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
②先端巨大症様顔貌 (眉弓部の膨隆、鼻・口唇の肥大、下顎の突出など)	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
③巨大舌	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当

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			
①成長ホルモン (GH) 分泌の過剰 : 血中 GH 値がブドウ糖 75 g 経口投与で正常域まで抑制されない		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
血清成長ホルモン (GH)	GH 基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	
	ブドウ糖負荷	前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
		底値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
②血中 IGF-1 (ソマトメジン C) の高値		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
血清 IGF-1 (ソマトメジン C)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	年齢・性別基準値 (上限)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
画像検査			
③MRI 又は CT で下垂体腺腫の所見を認める		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
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		
MRI または CT	下垂体腺腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	所見	<input type="checkbox"/> 1. 微小腺腫 (10mm 未満) <input type="checkbox"/> 2. マクロ腺腫 (10mm 以上)	

■ 重症度分類に関する事項

<input type="checkbox"/> 軽症：重症以外			
<input type="checkbox"/> 重症：以下の1または2のいずれかを満たす			
1. 血中 IGF-1 濃度 SD スコア +2.0 以上		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
血清 IGF-1 (ソマトメジン C)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	
検査時年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳	年齢・性別基準値 (+2SD)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
2. 以下の臨床的活動性を示す症候及び合併症を2項目以上認める			
<input type="checkbox"/> 発汗過多	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 視力・視野障害	<input type="checkbox"/> 月経異常
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群	<input type="checkbox"/> 耐糖能異常	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 不正咬合
<input type="checkbox"/> 変形性関節症	<input type="checkbox"/> 手根管症候群	<input type="checkbox"/> 頭蓋骨及び手足の単純 X 線の異常	

■ 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

診断 (新規)

診断根拠	
------	--

症状

理学所見	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	
	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"/>	kg	
合併症															
合併症の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし												
合併症の進行	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし												
糖尿病/境界型 糖尿病の有無	<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> 境界型糖尿病		HbA1c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>						%
	ブドウ糖負荷試験のグルコース値				(空腹時)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						mg/dL
					(2時間値)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						mg/dL
高血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし												
	収縮期	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg	拡張期	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						mmHg
脂質異常	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし												
	総コレステロール	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dL	LDL コレス テロール	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				mg/dL
	HDL コレス テロール	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dL	中性脂肪	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				mg/dL
肝障害	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし												
	AST	<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"/>	<input type="text"/>	IU/L	
腎障害	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし		クレアチニン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					mg/dL
運動障害	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし		多発性内分泌 腫瘍症 I 型	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし							
大腸ポリープ	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし		甲状腺良性 腫瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし							
その他の良性 /悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし												
	腫瘍														

その他の合併症	
---------	--

検査所見 (診断時)

GHの奇異反応				
TRH	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未施行	
LHRH	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未施行	
CRH	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未施行	
プロモクリプチン	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未施行	
ブドウ糖負荷	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未施行	
その他 負荷試験の反応				
他の下垂体ホルモン分泌				
LH・FSH系	<input type="checkbox"/> 1. 正常	<input type="checkbox"/> 2. 低下	<input type="checkbox"/> 3. 亢進	
TSH系	<input type="checkbox"/> 1. 正常	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 低下	<input type="checkbox"/> 3. 亢進	
ACTH系	<input type="checkbox"/> 1. 正常	<input type="checkbox"/> 2. 低下	<input type="checkbox"/> 3. 亢進	
プロラクチン (PRL)	<input type="checkbox"/> 1. 正常	<input type="checkbox"/> 2. 低下	<input type="checkbox"/> 3. 亢進	
中枢性尿崩症	<input checked="" type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未実施	
画像検査				
単純X線	トルコ鞍の拡大 ないしは破壊	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	手指末骨節の 花キャベツ様肥大変形	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	足底部軟部組織厚 heel pad	左	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm	右 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
		増大 (22mm 以上) の有無		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

病理所見	
免疫染色	<input type="checkbox"/> 1. GH <input type="checkbox"/> 2. PRL <input type="checkbox"/> 3. TSH <input type="checkbox"/> 4. FSH <input type="checkbox"/> 5. LH <input type="checkbox"/> 6. $\alpha$ サブユニット <input type="checkbox"/> 7. ACTH <input type="checkbox"/> 8. その他
サイトケラチン染色	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	パターン
組織診断	

発症と経過 (新規)

病歴の概要	
発見契機	<input type="checkbox"/> 1. 手足の容積の変化 <input type="checkbox"/> 2. 顔貌の変化 <input type="checkbox"/> 3. 頭痛 <input type="checkbox"/> 4. 高血圧 <input type="checkbox"/> 5. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 6. 視力・視野障害 <input type="checkbox"/> 7. 性機能低下 <input type="checkbox"/> 8. その他

治療その他

治療 (新規：申請時までに行われた治療)	
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
	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
薬物治療の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
酢酸オクトレオチド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	種類 <input type="checkbox"/> 1. LAR <input type="checkbox"/> 2. SC
	投与量
ランレオチド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	投与量

パシレオチド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	投与量	
ペグビソマント	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	投与量	
プロモクリプチン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	投与量	
カベルゴリン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	投与量	
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	薬剤名	
	投与量	
下垂体照射	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 通常 <input type="checkbox"/> 2. 定位
	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
未治療	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	

今回申請時までに行った治療 (更新)

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
薬物治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	<input type="checkbox"/> 1. 酢酸オクトレオチド <input type="checkbox"/> 2. ランレオチド <input type="checkbox"/> 3. パシレオチド	
	<input type="checkbox"/> 4. ペグビソマント <input type="checkbox"/> 5. プロモクリプチン <input type="checkbox"/> 6. カベルゴリン	
	<input type="checkbox"/> 7. その他	
下垂体照射	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 定位
	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
未治療	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
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	
	<input type="checkbox"/> 1. 成長ホルモン低下 <input type="checkbox"/> 2. 先端巨大症の症候改善 <input type="checkbox"/> 3. 視力・視野改善	
治療後 (薬物治療では治療中) 血清成長ホルモン (新規)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	
治療後 IGF-1 (新規)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	
	年齢性別 基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
	年齢性別 基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL

病態変化 (更新)	
血清GHの低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未施行
血清 IGF-1	<input type="checkbox"/> 1. 正常化 <input type="checkbox"/> 2. 正常化はしていないが低下 <input type="checkbox"/> 3. 不変 <input type="checkbox"/> 4. 増加
症状の改善	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	*どの症状が改善したかを以下に具体的に記載する
視力・視野 障害の改善	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
耐糖能	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 未施行
腫瘍サイズ	<input type="checkbox"/> 1. 消失 <input type="checkbox"/> 2. 縮小 <input type="checkbox"/> 3. 不変 <input type="checkbox"/> 4. 悪化 <input type="checkbox"/> 5. 未施行
その他	
今後の治療	

令和9年4月適用開始

■ 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			
	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			
	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ます。）
- ・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"/>
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"/>
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"/>