

指定難病更新(臨床調査個人票)の申し込みの場合は、下記の項目を記入してください。			
以前の登録氏名	せい		めい
	姓		名
出生地	都道府県		市区町村
家族歴	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.あり <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()	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.要支援 <input type="checkbox"/> 3.要介護		
介護区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
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)		

小児慢性更新(医療意見書)の申し込みの場合は、下記の項目を記入してください。			
以前の登録氏名 (変更のある場合)	せい		めい
	姓		名
出生地	都道府県		市区町村
出生体重	g		出生週数 週
現在の身長・体重 (測定年月日)	cm	kg	年 月 日
就学・就労状況	<input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 小中学校(<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級) <input type="checkbox"/> 特別支援学校(<input type="checkbox"/> 小中学部 <input type="checkbox"/> 専攻科を含む高等部) <input type="checkbox"/> 高等学校(専攻科を含む) <input type="checkbox"/> 高等専門学校 <input type="checkbox"/> 専門学校/専修学校など <input type="checkbox"/> 大学(短期大学を含む) <input type="checkbox"/> 就労(就学中の就労も含む) <input type="checkbox"/> 未就学かつ未就労 <input type="checkbox"/> その他()		
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)		
※小児慢性更新の場合で医療意見書の用紙をお持ちでない方は、受給者証に記載されている疾病名を記入してください。			
疾病名			