

★★★臨床調査個人票の作成にあたり下記項目の

ご記入をお願いいたします☆☆☆

・保険情報

| | | | | |
|------|-------------|----|---|---|
| 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

・以前の登録氏名 ※なしの場合はこちらにチェックをいれてください⇒

| | | | | |
|---------|----|--|----|--|
| 以前の登録氏名 | セイ | | メイ | |
| | 姓 | | 名 | |

・出生地

| | | |
|-----|------|--|
| 出生地 | 都道府県 | |
| | 市区町村 | |

・社会保障

| | |
|------|--|
| 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 |

・手帳取得情報

| | |
|----------------------------|---|
| 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) |