

★★★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

※マイナンバーカードをお持ちの方はこちらにチェックをいれてください⇒ ☐

お持ちでない方は、以下にご記入ください。

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)