

★★★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)
	<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)