

該当する病名の臨床調査個人票の作成を医療機関に依頼してください。

下図は様式例です。（1 ページ目のみ抜粋）

臨床調査個人票		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新		■
○○○ ○○○○○○病				
■ 行政記載欄				
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"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定	
■ 基本情報				
姓 (かな)	<input type="text"/>	名 (かな)	<input type="text"/>	
姓 (漢字)	<input type="text"/>	名 (漢字)	<input type="text"/>	
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
住所	<input type="text"/>			
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	*以降、数字は右詰めで記入		
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女			
出生市区町村	<input type="text"/>			
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)	<input type="text"/>	名 (かな)	<input type="text"/>
	姓 (漢字)	<input type="text"/>	名 (漢字)	<input type="text"/>
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	続柄	<input type="text"/>		
発症年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月			
				1803-0006-000-01



医療機関へのお願い

臨床調査個人票については、以下のホームページからダウンロードして入力、作成並びに患者さんへの交付をお願いします。

※院内システム等により作成いただいても差し支えありません。

○厚生労働省HP（指定難病のページ）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

○難病情報センターHP <https://www.nanbyou.or.jp/>

これまで、患者さんにお渡ししていた臨床調査個人票の様式（紙）については、令和5年3月をもって終了いたしました。

詳細につきましては、令和5年1月5日付健康第702号栃木県保健福祉部健康増進課長通知によりお知らせしているほか、下記の栃木県ホームページにも掲載しております。

ホーム > 医療 > 難病 > 令和5（2023）年4月以降における臨床調査個人票の紙様式の患者さんへの送付取りやめについて

https://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/kouhou/202304shinnda_nnsyosouhutoriyame.html

御不明な点は、管轄の健康福祉センター等又は健康増進課までお願いします。