

< 小児慢性特定疾患専用 > 【 新規 ・ 更新 】

病名	
----	--

前回作成	山梨県立中央病院 ・ 他院（ ） 他院への確認・取り寄せ 可 ・ 不可
------	--

< 臨床調査個人票の記載に必要です。下記についてご回答ください。 >

- ・ 出身地 都道府県 _____ 市区町村 _____
- ・ 出生体重 _____ g ・ 出生週数 在胎 _____ 週
- ・ 以前の登録氏名（変更がある場合） _____（姓） _____（名）
※出生都道府県は母子健康手帳に記載されている、出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記載してください。
- ・ 現在の身長・体重 身長 _____ cm 体重 _____ kg
- ・ 介護認定 1.要介護 2.要支援 3.なし _____
- ・ 要介護度（要支援度） 1 2 3 4 5 _____
- ・ 手帳取得状況
身体障害者手帳 1.なし 2.あり（等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級） _____
療育手帳 1.なし 2.あり _____
精神障害者保健福祉手帳 1.なし 2.あり（等級 1級 ・ 2級 ・ 3級） _____
- ・ 就学・就労状況
 - ・ 就学前・小中学校（通常学級・通級・特別支援学級）・高等学校（専攻科を含む）
 - ・ 特別支援学校（小中学部・専攻科含む高等部）・高等専門学校・専門学校/専修学校など
 - ・ 大学（短期大学を含む）・就労（就学中の就労も含む）・未就学かつ未就労
 - ・ その他（ _____ ）