

# 指定難病 更新用書類申込書

申込日	令和 年 月 日	フリガナ	
診察券番号		依頼者氏名	※本人以外の場合
フリガナ			
患者氏名		続柄： 家族( ) 第三者( ) ※第三者の方は同意書を提出してください	
生年月日	大・昭 年 月 日 性別 男 女 平・令	依頼者住所	都道府県 市区郡
連絡先	(平日の日中に連絡が取りやすい番号をご記入ください) ☎		町村
依頼診療科 主治医	科	先生	
	科	先生	
証明書の枚数 疾病名	臨床調査個人票 枚(疾患名 ) ※ 1枚 5,500円かかります。		
前回の申請	当院 ・ 他院 ( )		
出生地	都/道/府/県	市/区/町/村	
以前の氏名(難病の新規登録後、氏名に変更のあった場合)	姓	名	
同じ病気の家族が	<input type="checkbox"/> いる(続柄を下記から選択) <input type="checkbox"/> いない		
	父 / 母 / 子 / 同胞(男) / 同胞(女) / 祖父(父方) / 祖母(父方) 祖父(母方) / 祖母(母方) / いとこ / その他( )		
社会保障	※6.パーキンソン病・49.全身性エリテマトーデス・97.潰瘍性大腸炎の方は記載不要です。		
介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護( 1・2・3・4・5 ) <input type="checkbox"/> 要支援( 1・2 ) <input type="checkbox"/> なし		
生活状況	※6.パーキンソン病・49.全身性エリテマトーデス・97.潰瘍性大腸炎の方は記載不要です。		
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1.歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2.いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3.寝たきりである		
身の回り管理	<input type="checkbox"/> 1.洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2.いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3.自分でできない		
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1.問題はない <input type="checkbox"/> 2.いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3.行うことができない		
痛み/不快感	<input type="checkbox"/> 1.ない <input type="checkbox"/> 2.中程度ある <input type="checkbox"/> 3.ひどい		
不安/ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1.問題はない <input type="checkbox"/> 2.中程度 <input type="checkbox"/> 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる		
手帳取得状況	※皆様ご記入ください。		
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		
精神障害者保険 福祉手帳	<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)		
受取方法	郵送のみ(住所、氏名を記入いただいた返信用封筒を同封してください。切手は不要です。) ※請求書は文書とは別便で送ります。		

## 医療サービス課処理欄

受取処理日	料金計算	連絡・発送
		<input type="checkbox"/> 文書は先に郵送、請求書は後で送付 <input type="checkbox"/> ( / )来院するので収納で保管 <input type="checkbox"/> 文書料金は入院費 <input type="checkbox"/> 請求書と一緒に郵送 <input type="checkbox"/> その他

## 問い合わせ先

〒693-8501  
島根県出雲市塩冶町89-1  
島根大学医学部附属病院  
地域医療連携センター  
TEL 0853-20-2061  
FAX 0853-20-2063