

004 原発性側索硬化症

■ 患者情報

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
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
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	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明						
	発症者続柄						
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入						
	続柄						
発症時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
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		
生活状況							
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						
身の回りの管理	<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							
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)						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite (確実例) : 「Probable」の条件を満たし、かつ脳の病理学的検査で中心前回にほぼ限局した変性を示す

Probable (臨床的にはほぼ確実例) : 臨床像として(1)痙性対麻痺、偽性球麻痺、上肢障害のいずれかで緩徐に発症、(2)成人発症、(3)孤発性、(4)緩徐進行性の経過、(5)3年以上の経過、(6)錐体路の障害で生じる症候のみを示し、Bの1~6が診断基準を満たし、Dの疾患を除外できる

いずれにも該当しない

A. 症状 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

脳神経							
眼球運動障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	痙性構音障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	舌萎縮	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
運動系							
上位運動ニューロン症候							
脳神経領域	<input type="checkbox"/> 1. 下顎反射亢進	<input type="checkbox"/> 2. 口尖らし反射亢進	<input type="checkbox"/> 3. 偽性球麻痺	<input type="checkbox"/> 4. 強制泣き・笑い			
頸部・上肢領域	<input type="checkbox"/> 1. 上肢腱反射亢進	<input type="checkbox"/> 2. ホフマン反射亢進	<input type="checkbox"/> 3. 上肢痙縮	<input type="checkbox"/> 4. 萎縮筋の腱反射残存			
体幹領域 (胸髄領域)	<input type="checkbox"/> 1. 腹壁皮膚反射消失	<input type="checkbox"/> 2. 体幹部腱反射亢進					
腰部・下肢領域	<input type="checkbox"/> 1. 下肢腱反射亢進	<input type="checkbox"/> 2. 下肢痙縮	<input type="checkbox"/> 3. バビンスキー徴候	<input type="checkbox"/> 4. 萎縮筋の腱反射残存			
小脳症状 (体幹失調・四肢失調) の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし					
錐体外路症候の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし					
筋力							
肩関節外転 (三角筋など)	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
肘関節屈曲 (上腕二頭筋など)	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

手関節背屈	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
握力	右	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	左	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
股関節屈曲 (腸腰筋など)	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
足関節背屈	右	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
	左	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5					
筋萎縮を認める 部位	<input type="checkbox"/> 1. 頸筋群 <input type="checkbox"/> 2. 右上肢 <input type="checkbox"/> 3. 左上肢 <input type="checkbox"/> 4. 右上肢帯筋 <input type="checkbox"/> 5. 左上肢帯筋 <input type="checkbox"/> 6. 傍脊柱筋 <input type="checkbox"/> 7. 右腰帯筋 <input type="checkbox"/> 8. 左腰帯筋 <input type="checkbox"/> 9. 右下肢 <input type="checkbox"/> 10. 左下肢 <input type="checkbox"/> 11. 顔面筋											
認知症・認知機能低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		呼吸障害		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし							
膀胱障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		発汗障害		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし							

B. 検査所見

血液検査												
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施											
	実施日	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"/>
1. 血清生化学	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし											
ビタミン B ₁₂	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pg/mL					
2-1. 血清梅毒反応	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性											
2-2. 抗 HTLV-1 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性											
抗ボレリア・ ブルグドルフェリ抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検査											
脳脊髄液検査												
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施											
	実施日	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"/>
3. 所見	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし											

4. 針筋電図	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	実施日 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
進行性脱神経の所見 (fibrillation potentials, positive sharp waves)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	部位
	<input type="checkbox"/> 1. 脳神経領域 <input type="checkbox"/> 2. 頸部・上肢領域 <input type="checkbox"/> 3. 体幹領域 <input type="checkbox"/> 4. 腰部・下肢領域
慢性脱神経の所見 (長持続時間・高振幅電位、 多相性電位など)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	部位
	<input type="checkbox"/> 1. 脳神経領域 <input type="checkbox"/> 2. 頸部・上肢領域 <input type="checkbox"/> 3. 体幹領域 <input type="checkbox"/> 4. 腰部・下肢領域
筋線維収縮	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
insertional activity の 増大	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
MRI 検査	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	実施日 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
5. 頸椎と大後頭孔領域で 脊髄の圧迫性病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
6. 脳脊髄の高信号病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
中心前回に限局した萎縮	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
PET 検査	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	実施日 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
中心溝近傍での ブドウ糖消費	<input type="checkbox"/> 1. 増加 <input type="checkbox"/> 2. 減少 <input type="checkbox"/> 3. 通常

C. 発症と経過

発症時の年齢 (新規)	<input type="checkbox"/> 1. 40 歳以上 <input type="checkbox"/> 2. その他			
	発症時の年齢	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳
初発症状 (新規)				
構音障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
頸部筋力低下 (首下がりになど)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
上肢筋力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
	優位部	<input type="checkbox"/> 1. 近位	<input type="checkbox"/> 2. 遠位	<input type="checkbox"/> 3. びまん性
	左右	<input type="checkbox"/> 1. 右	<input type="checkbox"/> 2. 左	<input type="checkbox"/> 3. 両側
下肢筋力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
	優位部	<input type="checkbox"/> 1. 近位	<input type="checkbox"/> 2. 遠位	<input type="checkbox"/> 3. びまん性
	左右	<input type="checkbox"/> 1. 右	<input type="checkbox"/> 2. 左	<input type="checkbox"/> 3. 両側
その他の初発症状				
経過	<input type="checkbox"/> 1. 進行性	<input type="checkbox"/> 2. 進行後停止	<input type="checkbox"/> 3. 軽快	
	<input type="checkbox"/> 4. 3 年以上の経過	<input type="checkbox"/> 5. その他		

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 2. 遺伝性痙性対麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 脊髄腫瘍 <input type="checkbox"/> 4. HTLV-1 関連脊髄症 (HAM) <input type="checkbox"/> 5. 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> 6. 連合性脊髄変性症 (ビタミン B ₁₂ 欠乏性脊髄障害) <input type="checkbox"/> 7. アルコール性ミエロパチー <input type="checkbox"/> 8. 肝性ミエロパチー <input type="checkbox"/> 9. 副腎白質ジストロフィー <input type="checkbox"/> 10. fronto-temporal dementia with Parkinsonism linked to chromosome 17 (FTDP17) <input type="checkbox"/> 11. ゲルストマン・シュトロイスラー・シャインカー (Gerstmann-Straussler-Scheinker) 症候群 <input type="checkbox"/> 12. 遺伝性成人発症アレキサンダー病			

■ 重症度分類に関する事項

生活における重症度分類

- 1. 家事・就労はおおむね可能。
- 2. 家事・就労は困難だが、日常生活（身の回りのこと）はおおむね自立。
- 3. 自力で食事、排泄、移動のいずれか1つ以上ができず、日常生活に介助を要する。
- 4. 呼吸困難、痰の喀出困難、あるいは嚥下障害がある。
- 5. 気管切開、非経口的栄養摂取（経管栄養、中心静脈栄養など）、人工呼吸器使用。

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

■ その他の事項

ア. 所見

身長	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	kg							
経頭蓋磁気刺激試験（上下肢にかかわらず、異常のあり・なしで記載）												
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施						<input type="checkbox"/> 2. 未実施					
	実施日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日		
中枢運動伝導時間の延長	<input type="checkbox"/> 1. なし						<input type="checkbox"/> 2. あり					
刺激閾値	<input type="checkbox"/> 1. 正常・低下				<input type="checkbox"/> 2. 上昇				<input type="checkbox"/> 3. MEP 得られず			
末梢神経刺激による複合筋活動電位	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり				<input type="checkbox"/> 2. 異常なし				<input type="checkbox"/> 3. 未検査			

イ. 遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> SOD1	<input type="checkbox"/> TDP-43	<input type="checkbox"/> FUS/TLS	<input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入

ウ. 治療その他

経管栄養	<input type="checkbox"/> 1. 経鼻胃管						<input type="checkbox"/> 2. 胃瘻・腸瘻						<input type="checkbox"/> 3. 未施行					
	導入日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>									
経静脈栄養	<input type="checkbox"/> 1. 実施						<input type="checkbox"/> 2. 未実施											
	導入日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>									
非侵襲的陽圧換気 (BiPAP 等)	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行						<input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行											
	<input type="checkbox"/> 3. 一日中施行						<input type="checkbox"/> 4. 未施行											
導入日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>										
気管切開	<input type="checkbox"/> 1. 実施						<input type="checkbox"/> 2. 未実施											
	導入日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>									

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名												
記載年月日	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
診断年月日	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

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。)
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	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
公費負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定											
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
有効期限	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
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他											
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
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"/>