

037 膿疱性乾癬（汎発型）

■ 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 : A-a、b、c. と B-a. を満たし、初発の場合は C. の鑑別すべき疾患が除外できる

Probable : A-b. と B-a. を満たす

いずれにも該当しない

1. 急性汎発性膿疱性乾癬 (von Zumbusch 型)

2. 小児汎発性膿疱性乾癬 (circinate annular form は除外)

3. 疱疹性膿痂疹 4. 稽留性肢端皮膚炎の汎発化 5. その他

A. 症状 (新規)

a. 発熱あるいは全身倦怠感等の全身症状を伴う	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	発熱：現在の状態	
	<input type="checkbox"/> 1) 38.5 度以上 <input type="checkbox"/> 2) 37 度以上 38.5 度未満	<input type="checkbox"/> 3) 37 度未満
	発熱：発症時または最も悪化時の状態	
b. 全身または広範囲の潮紅皮膚面に無菌性膿疱が多発し、ときに融合し膿海を形成する	現在	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	発症時または最も悪化時	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
c. 臨床的、組織学的所見を繰り返して生じる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	

B. 検査所見

皮膚の病理組織学的診断	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	検査年月日	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
	a. 皮膚組織検査	Kogoj 海綿状膿疱を特徴とする好中球性角層下膿疱 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

C. 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"/> 角層下膿疱症	<input type="checkbox"/> 膿疱型薬疹（急性汎発性発疹性膿疱症を含む）		
<input type="checkbox"/> 尋常性乾癬・掌蹠膿疱症の一過性膿疱化	<input type="checkbox"/> 掌蹠膿疱症		
<input type="checkbox"/> 汎発化のない稽留性肢端皮膚炎			

■ 重症度分類に関する事項

重症度分類 (中等症以上を対象)	<input type="checkbox"/> 1. 軽症 (0~6点)	<input type="checkbox"/> 2. 中等症 (7~10点)	<input type="checkbox"/> 3. 重症 (11~17点)
---------------------	---------------------------------------	---	---

A. 皮膚症状の評価

スコア	高度(3点)	中等度(2点)	軽度(1点)	なし(0点)
紅斑面積 (全体) (体表面積に対する%)	<input type="checkbox"/> 75%以上	<input type="checkbox"/> 25~75%未満	<input type="checkbox"/> 25%未満	<input type="checkbox"/> なし
膿疱を伴う紅斑面積 (体表面積に対する%)	<input type="checkbox"/> 50%以上	<input type="checkbox"/> 10~50%未満	<input type="checkbox"/> 10%未満	<input type="checkbox"/> なし
浮腫の面積 (体表面積に対する%)	<input type="checkbox"/> 50%以上	<input type="checkbox"/> 10~50%未満	<input type="checkbox"/> 10%未満	<input type="checkbox"/> なし

B. 全身症状・検査所見の評価

スコア	2点	1点	0点
発熱 (°C)	<input type="checkbox"/> 38.5 以上	<input type="checkbox"/> 37~38.5 未満	<input type="checkbox"/> 37 未満
白血球数 (/μL)	<input type="checkbox"/> 15,000 以上	<input type="checkbox"/> 10,000~15,000 未満	<input type="checkbox"/> 10,000 未満
CRP (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 7.0 以上	<input type="checkbox"/> 0.3~7.0 未満	<input type="checkbox"/> 0.3 未満
血清アルブミン (g/dL)	<input type="checkbox"/> 3.0 未満	<input type="checkbox"/> 3.0~3.8 未満	<input type="checkbox"/> 3.8 以上
A. 皮膚症状の評価(紅斑、膿疱、浮腫) (0~9点)	<input type="text"/> 点		
B. 全身症状・検査所見の評価 (発熱、白血球数、血清CRP、血清アルブミン) (0~8点)	<input type="text"/> 点		
合計点 (A+B)	<input type="text"/> <input type="text"/> 点		

症状 (更新)

発熱：直近6か月間で 最も悪化時の状態	<input type="checkbox"/> 1) 38.5 度以上	<input type="checkbox"/> 2) 37 度以上 38.5 度未満	<input type="checkbox"/> 3) 37 度未満
------------------------	--------------------------------------	---	------------------------------------

検査所見 *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

血液検査所見		
白血球	増多	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L
	核左方移動	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
CRP	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
低蛋白血症	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
	血清アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL

■ 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. 症状 (新規)

粘膜疹の有無	粘膜疹	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	粘膜疹の発症時または最も悪化時の状態	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
合併症の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	<input type="checkbox"/> 1. 乾癬関連合併症あり	<input type="checkbox"/> 2. 粘膜症状あり	
	<input type="checkbox"/> 3. 二次性アミロイドーシスあり	<input type="checkbox"/> 4. 他の合併症あり	
乾癬関連合併症	<input type="checkbox"/> 1. 関節炎	<input type="checkbox"/> 2. 眼症状(角結膜炎, ぶどう膜炎, 虹彩炎)	
	<input type="checkbox"/> 3. 病巣感染	<input type="checkbox"/> 4. その他	
	病巣感染の内容	<input type="checkbox"/> 1. 扁桃炎	<input type="checkbox"/> 2. 歯牙感染 <input type="checkbox"/> 3. その他
	上記3つ以外の乾癬関連合併症		

イ. 検査所見

血液検査所見			
赤沈亢進	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> mm/hr
IgG または IgA の上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	IgG	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg/dL
	IgA	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg/dL
低蛋白血症	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当		
	総蛋白	<input type="text"/>	<input type="text"/> g/dL
低カルシウム血症	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当		
	血清カルシウム	<input type="text"/>	<input type="text"/> mg/dL
ASLO	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 未実施		
リウマトイド因子陰性関節炎	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当		
尿検査	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし		

肝機能検査	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり	<input type="checkbox"/> 2. 異常なし
腎機能検査	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり	<input type="checkbox"/> 2. 異常なし

ウ. 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"/> 1. IL36RN 遺伝子 *1の場合、以下より選択	<input type="checkbox"/> 2. その他		
<input type="checkbox"/> 1. 複合ヘテロ	<input type="checkbox"/> 2. ヘテロ	<input type="checkbox"/> 3. ホモ	<input type="checkbox"/> 4. 変異なし

エ. 発症と経過

既往歴 (新規のみ)	先行した皮膚病変	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択			<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. その他
		<input type="checkbox"/> 尋常性乾癬		<input type="checkbox"/> 稽留性肢端皮膚炎		
	経過中の皮膚病変	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択			<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. その他
		<input type="checkbox"/> 尋常性乾癬		<input type="checkbox"/> 稽留性肢端皮膚炎		
経過	経過の状態	<input type="checkbox"/> 1. 治癒		<input type="checkbox"/> 2. 軽快	<input type="checkbox"/> 3. 不変	
	<input type="checkbox"/> 4. 徐々に悪化		<input type="checkbox"/> 5. 急速に悪化		<input type="checkbox"/> 6. その他	
	再発回数	<input type="checkbox"/> 1. 初回		<input type="checkbox"/> 2. 再発		
		回数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回目
	発症の誘因	<input type="checkbox"/> 1. 感染症		<input type="checkbox"/> 2. 妊娠	<input type="checkbox"/> 3. 薬剤	
<input type="checkbox"/> 4. その他		<input type="checkbox"/> 5. 誘因なし				
感染症の病名						
薬剤名	<input type="checkbox"/> 1. 副腎皮質ステロイド		<input type="checkbox"/> 2. その他			

オ. 治療その他

副腎皮質ステロイド	
副腎皮質ステロイドの治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	プレドニゾロン換算 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	投与間隔 <input type="checkbox"/> 1. 連日 <input type="checkbox"/> 2. 隔日
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
免疫抑制剤	
シクロスポリン MEPC	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	用量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/kg/日
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
内服治療その他	
エトレチナート	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	用量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
メトトレキサート	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	用量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/週
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
その他	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	内容
	処方量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

生物学的製剤その他		
生物学的製剤	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	用量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/回
	用法	<input type="text"/> <input type="text"/> 週毎
	使用目的 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1. 皮膚病変 <input type="checkbox"/> 2. 関節炎 <input type="checkbox"/> 3. その他
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
顆粒球・単球吸着療法 (GMA)	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	回数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
	使用目的 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1. 皮膚病変 <input type="checkbox"/> 2. 関節炎 <input type="checkbox"/> 3. その他
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
その他	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	用量	
	用法	
	使用目的 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 1. 皮膚病変 <input type="checkbox"/> 2. 関節炎 <input type="checkbox"/> 3. その他
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
外用療法		
副腎皮質ステロイド外用	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
活性型ビタミンD ₃ 外用	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

光線療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. PUVA <input type="checkbox"/> 2. NB-UVB <input type="checkbox"/> 3. その他
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

■ 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"/> <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"/> <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	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>
	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