

新規 更新

■ 基本情報

Form with fields for name, address, birth date, sex, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

Form for recording symptoms, signs, and special findings.

A. 症状 (該当する項目に○を記入する)

Form for recording symptoms with checkboxes.

B. 遺伝学的検査

Form for recording genetic test results.

<診断のカテゴリー>

Form for recording diagnostic category.

■ 重症度分類に関する事項

Form for recording severity classification criteria.

新規 更新

■ 基本情報

Form with fields for name, address, birth date, sex, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

Form for recording symptoms, signs, and special findings.

A. 必須症状・所見 (該当する項目に○を記入する)

Form for recording essential symptoms/signs.

B. 高度診断に必要の症状・所見 (該当する項目に○を記入する)

Form for recording symptoms/signs for high diagnosis.

C. しこりに関する症状・所見 (該当する項目に○を記入する)

Form for recording symptoms/signs related to nodules.

2. 成人用 (診断当の場合は以下の欄の記入は不要) 1.該当 2.非該当 3.不明

Form for adult diagnosis criteria.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for recording artificial ventilation usage.

Form for recording hospital information.

Notes regarding the form and data collection.

Form for recording other symptoms/signs.

D. その他の参考所見 (該当する項目に○を記入する)

Form for recording other reference findings.

E. 検査所見 (該当する項目に○を記入する)

Form for recording laboratory findings.

F. 画像診断

Form for recording imaging diagnosis.

<診断のカテゴリー> (該当する項目に○を記入する)

Form for recording diagnostic category.

■ 理学所見 (該当する項目に○を記入する)

Form for recording physical findings.

■ 発症と経過 (該当する項目に○を記入する)

Form for recording onset and course.

■ 治療その他 (該当する項目に○を記入する)

Form for recording treatment and other.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する番号を○で囲む)

Form for recording severity classification.

2. 成人例 (併発症の場合は以下の欄の記入は不要) 1.該当 2.併発症 3.併発症なし

Table with 2 columns: 症状の経過 (経過) and 1. 該当 2. 併発症 3. 併発症なし

NHYA分類 (該当する項目に○を記入する)

Table with 2 columns: NYHA分類 (NYHA Class) and 1. 該当 2. 併発症 3. 併発症なし

modified Rankin Scale (mRS)

- 0.まったく回復がない
1. 軽微な回復がある
2. 軽度の障害 (日常生活に制限がある)
3. 中等度の障害 (日常生活に制限がある)
4. 中等度から重度の障害 (日常生活に制限がある)
5. 重度の障害 (寝たきり、介護が必要)

食事・栄養

- 0. 定食なし
1. ほぼ定食
2. 定食の大半
3. 定食の一部
4. 補助食のみ

呼吸

- 0. 定食なし
1. 軽微な障害
2. 軽度の障害
3. 中等度の障害
4. 中等度から重度の障害
5. 重度の障害

人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Table with 2 columns: 使用の有無 (有無) and 1. 該当 2. 併発症 3. 併発症なし

Form for patient information: 西暦西暦, 氏名, 性別, 年齢, 住所, 電話番号, 医師の名前

※ 併発症の有無は、医師の診断に基づいて、併発症の有無を記入してください。併発症の有無は、併発症の有無に基づいて、併発症の有無を記入してください。

C. 診断の確定

Table with 2 columns: 診断の確定 (確定) and 1. 該当 2. 併発症

D. 併発症の有無 (該当する項目に○を記入する)

Table with 2 columns: 併発症の有無 (有無) and 1. 該当 2. 併発症

<診断のカテゴリー>

Table with 2 columns: 診断のカテゴリー (カテゴリー) and 1. 該当 2. 併発症

■ 重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)

- 0. まったく回復がない
1. 軽微な回復がある
2. 軽度の障害 (日常生活に制限がある)
3. 中等度の障害 (日常生活に制限がある)
4. 中等度から重度の障害 (日常生活に制限がある)
5. 重度の障害 (寝たきり、介護が必要)

食事・栄養

- 0. 定食なし
1. ほぼ定食
2. 定食の大半
3. 定食の一部
4. 補助食のみ

呼吸

- 0. 定食なし
1. 軽微な障害
2. 軽度の障害
3. 中等度の障害
4. 中等度から重度の障害
5. 重度の障害

重症

Table with 2 columns: 重症 (重症) and 1. 該当 2. 併発症 3. 併発症なし

重症

Table with 2 columns: 重症 (重症) and 1. 該当 2. 併発症 3. 併発症なし

人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Table with 2 columns: 使用の有無 (有無) and 1. 該当 2. 併発症 3. 併発症なし

181 クループン症候群

■ 基本情報

Form for basic information: 患者の番号, 性別, 年齢, 病歴, 検査結果, 治療経過

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴に付き事項など

Form for symptoms and course details

A. 症状 (該当する項目に○を記入する)

- 1. 呼吸困難
2. 呼吸不全
3. 呼吸不全
4. 呼吸不全
5. 呼吸不全
6. 呼吸不全
7. 呼吸不全
8. 呼吸不全
9. 呼吸不全
10. 呼吸不全

B. 検査結果 (該当する項目に○を記入する)

- 1. 胸部X線検査
2. 胸部CT検査
3. 胸部MRI検査
4. 胸部超音波検査
5. 胸部PET検査
6. 胸部PET/CT検査
7. 胸部PET/MRI検査
8. 胸部PET/CT/MRI検査
9. 胸部PET/CT/MRI検査
10. 胸部PET/CT/MRI検査

Form for patient information: 氏名, 性別, 年齢, 住所, 電話番号, 医師の名前

※ 併発症の有無は、医師の診断に基づいて、併発症の有無を記入してください。併発症の有無は、併発症の有無に基づいて、併発症の有無を記入してください。

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, address, birth date, gender, marital status, occupation, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

Large empty text box for clinical notes.

A. 症状 該当する項目に☑を記入する

Table with 3 columns for symptoms: 1. 頭部, 2. 両腕, 3. 両足. Each row lists specific symptoms with checkboxes.

B. 検査結果 該当する項目に☑を記入する

Table with 3 columns for test results: 1. 血液検査, 2. 神経伝達速度, 3. 神経学的所見. Includes checkboxes for various test outcomes.

Table for physical examination with columns for sensory, motor, and reflex tests (e.g., 感覚, 筋力, 反射).

Form for hospital information including hospital name, address, and phone number.

Printed name and date fields, followed by a disclaimer and signature line.

Form for additional information or notes at the top right.

C. 遺伝学的検査

Form for genetic testing results with checkboxes for various tests.

D. 診断の確 該当する項目に☑を記入する

Table for diagnosis confirmation with columns for different diagnostic criteria and checkboxes.

<診断のカテゴリー>

Form for diagnosis category selection with checkboxes for C and D.

■ 重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)

Form for mRS classification with checkboxes for different severity levels.

食事・栄養

Form for dietary and nutritional assessment with checkboxes for various conditions.

褥瘡

Form for pressure ulcer assessment with checkboxes for different stages.

失禁

Form for incontinence assessment with checkboxes for different types.

嚥食

Form for swallowing assessment with checkboxes for different levels of difficulty.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial ventilation assessment with checkboxes for usage and settings.

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, date of birth, sex, and medical history.

■ 診断結果に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

Blank box for clinical notes.

A. 病歴 (該当する項目に○を記入する)

Form with multiple choice options for medical history (e.g., rheumatism, arthritis).

B. 検査所見 (該当する項目に○を記入する)

Form with multiple choice options for laboratory and imaging findings.

C. 遺伝学的検査

Form with checkboxes for genetic testing results.

検査

Form for recording test results.

検査

Form for recording test results.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form with checkboxes for artificial ventilation usage.

Form for recording doctor's name and contact information.

Footnote text providing additional information and instructions.

D. 治療の概要 (該当する項目に○を記入する)

Form with checkboxes for treatment details.

<診断のカテゴリ>

Form for recording diagnosis category.

■ 臨床所見 (該当する項目に○を記入する)

Form with checkboxes for clinical findings.

■ 検査所見 (該当する項目に○を記入する)

Form with checkboxes for laboratory and imaging findings.

■ 治療その他

Form for recording other treatment details.

■ 重症度分類に関する事項

Form for recording severity classification.

食事・栄養

Form for recording diet and nutrition.

呼吸

Form for recording respiratory status.

■ 基本情報

受診者番号, 性別, 年齢, 病歴, 家族歴, 発症年月, 生活環境, 行動の特徴, 家族の管理, ふだんの活動, 不安/不快感, 不眠/不さざらみ

■ 診断基準に関する事項

症状の観察、経過、特徴すべき事項など

症状の観察、経過、特徴すべき事項などの記入欄

A. 症状 (該当する項目に記号を記入する)

1. 夜中起床と夜尿の頻回増加, 2. 頻尿頻回, 3. 頻尿上の特徴, 小児患者, 3. 成長障害, 4. 運動異常

B. 遺伝学的検査

遺伝子検査の状況, 2. 遺伝子

<診断のカテゴリー> (該当する項目に記号を記入する)

2. 確定診断: 陽性遺伝子 (遺伝子検査), 3. 臨床診断: 陽性遺伝子, 4. 臨床診断: 陰性遺伝子

■ 基本情報

受診者番号, 性別, 年齢, 病歴, 家族歴, 発症年月, 生活環境, 行動の特徴, 家族の管理, ふだんの活動, 不安/不快感, 不眠/不さざらみ

■ 診断基準に関する事項

症状の観察、経過、特徴すべき事項など

症状の観察、経過、特徴すべき事項などの記入欄

A. 症状 (該当する項目を打付ける)

1. 多彩な情動不安, 2. 低身長, 3. 骨格異常, 4. 目元特徴, 5. 毛髪異常, 6. 骨質低下, 7. 乳児期の難消化性胃腸病, 8. 低血糖

B. 検査所見

1. FISH診断法: 陽性結果の発見, 2. 変形顕微鏡: 特徴的な染色体異常の検出

C. 遺伝学的検査 (該当する項目に記号を記入する)

遺伝子検査の状況, 2. 遺伝子

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に記号を記入する)

① 顕性性でみかん

1. 該当, 2. 非該当, 3. 不明

② NYHA分類

1. 該当, 2. 非該当, 3. 不明, ①I度, ②II度, ③III度, ④IV度

③ 呼吸・栄養

1. 該当, 2. 非該当, 3. 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, 開始時期, 使用状況, 生活状況

医療機関名, 医療機関所在地, 医師の名前

※ 呼吸器に用いる補助器具, 呼吸器の種類, 呼吸器の使用状況, 呼吸器の使用開始日時, 呼吸器の使用終了日時

D. 鑑別診断

1. 全て該当, 2. 一部該当, 3. 不明

E. 合併症

1. 該当, 2. 非該当, 3. 不明

<診断のカテゴリー>

1. 該当, 2. 非該当, 3. 不明

■ 重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS), 0. まったく症状がない, 1. 軽微な症状, 2. 軽度の障害, 3. 中等度の障害, 4. 重度の障害, 5. 重症の障害

食事・栄養

1. 該当, 2. 非該当, 3. 不明

呼吸

1. 該当, 2. 非該当, 3. 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, 開始時期, 使用状況, 生活状況

医療機関名, 医療機関所在地, 医師の名前

※ 呼吸器に用いる補助器具, 呼吸器の種類, 呼吸器の使用状況, 呼吸器の使用開始日時, 呼吸器の使用終了日時

新規 更新

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, birth date, sex, address, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

Form for recording symptoms, signs, and other diagnostic criteria.

A. 症状

Form for recording symptoms such as fatigue, weight loss, and hair loss.

B. 検査学的所見

Form for recording laboratory findings.

<診断のカテゴリー>

Form for recording diagnosis categories and criteria.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に必ず記入する)

Form for recording severity classification criteria.

新規 更新

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, birth date, sex, address, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

Form for recording symptoms, signs, and other diagnostic criteria.

A. 症状

Form for recording symptoms such as joint pain and swelling.

B. 検査所見

Form for recording laboratory findings and imaging results.

<診断のカテゴリー>

Form for recording diagnosis categories and criteria.

■ 臨床所見 (該当する項目に必ず記入する)

Form for recording clinical findings.

2. 成人例 (診断基準の場合は以下の欄の記入は不要) 1.該当 2.非該当

Form for recording adult criteria.

② NYHA分類

Form for recording NYHA classification and symptoms.

③ 呼吸・栄養

Form for recording respiratory and nutritional status.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for recording artificial ventilation usage.

Form for recording medical name, address, and phone number.

Footnote text regarding data collection and privacy.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に必ず記入する)

Form for recording severity classification criteria.

Form for recording NYHA classification and symptoms.

Form for recording respiratory and nutritional status.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for recording artificial ventilation usage.

Form for recording medical name, address, and phone number.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に必ず記入する)

Form for recording severity classification criteria.

■ 臨床所見 (該当する項目に必ず記入する)

Form for recording clinical findings.

■ 基本情報

受診番号, 所在地, 郵便番号, 生年月日, 性別, 年齢, 病歴, 発症年月, 生命保険, 生活状況

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 聴覚, B. 聴覚検査, 聴覚検査結果の記載

<診断の категория> Definitive: Aの1を満たし、Bのうち1項目以上を満たすもの

■ 臨床所見 (該当する項目に☑を記入する)

聴覚の病態, 聴覚検査結果, 聴覚検査結果の記載

■ 基本情報

受診番号, 所在地, 郵便番号, 生年月日, 性別, 年齢, 病歴, 発症年月, 生命保険, 生活状況

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 聴覚 (該当する項目に☑を記入する), B. 聴覚検査結果

C. 聴覚検査結果

以下の項目を複数し、全て満たす。満たす項目に☑を記入する

聴覚検査結果, 聴覚検査結果, 聴覚検査結果

■ 治療その他 (該当する項目に☑を記入する)

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

■ 体外式補聴人工聴覚器に関する事項 (使用者のみ記入)

■ 人工耳蜗に関する事項 (使用者のみ記入)

所属機関, 所属機関所在地, 所属機関の名称

※聴覚検査結果の記載方法, 聴覚検査結果の記載方法

<診断の категория> (該当する項目に☑を記入する)

聴覚検査結果, 聴覚検査結果, 聴覚検査結果

■ 発症と経過

難聴発症時期

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

聴覚検査結果, 聴覚検査結果, 聴覚検査結果

聴覚検査結果のグラフ

■ 人工耳蜗に関する事項 (使用者のみ記入)

所属機関, 所属機関所在地, 所属機関の名称

※聴覚検査結果の記載方法, 聴覚検査結果の記載方法

新規 更新

■ 基本情報

受診番号、性別、年齢、住所、生年月日、性別、出生年月、家族歴、社会保険、移動の程度、身の回りの管理、ふだんの生活、痛み/不快感、不安/ふさふさささ

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 病状

1. 主要症状 (30才以降 40才未満)

1. 男性性機能低下 (該当する項目に☑を記入する)
1. 勃起力低下
2. 射精障害
3. 夜尿頻回
4. 夜尿頻回
5. 勃起力低下
6. 射精障害

2. その他の病状と経過

1. 骨質の低下 (骨密度測定あり)
2. 糖尿病
3. 脂質異常症
4. 高血圧
5. 脂質異常症
6. 脂質異常症 (該当する項目に☑を記入する)
7. 脂質異常症
8. 脂質異常症
9. 脂質異常症

B. 検査所見

1. 画像検査 (X線、CT、MRI)
2. 検査結果
3. 検査結果

C. 遺伝子検査

1. 検査結果
2. 検査結果

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

1. 重症度
2. 重症度
3. 重症度
4. 重症度

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

1. 人工呼吸器
2. 人工呼吸器
3. 人工呼吸器
4. 人工呼吸器

患者情報、住所、電話番号、印 記帳年月日: 西暦 年 月 日

新規 更新

■ 基本情報

受診番号、性別、年齢、住所、生年月日、性別、出生年月、家族歴、社会保険、移動の程度、身の回りの管理、ふだんの生活、痛み/不快感、不安/ふさふさささ

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 病状

1. 主要症状

(1) 認知機能低下
(2) 記憶障害
(3) 学習障害
(4) 記憶障害

2. その他の病状と経過

1. 認知機能低下
2. 認知機能低下
3. 認知機能低下
4. 認知機能低下
5. 認知機能低下
6. 認知機能低下
7. 認知機能低下
8. 認知機能低下
9. 認知機能低下

<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)

1. 認知機能低下
2. 認知機能低下
3. 認知機能低下
4. 認知機能低下

■ 理学所見

1. 理学所見
2. 理学所見
3. 理学所見

■ 検査所見 (該当する項目に☑を記入する)

1. 検査所見
2. 検査所見
3. 検査所見

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

1. 重症度
2. 重症度
3. 重症度
4. 重症度

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

1. 人工呼吸器
2. 人工呼吸器
3. 人工呼吸器
4. 人工呼吸器

医療機関名	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
医療機関所在地	電話番号 <input type="text"/>
医師の氏名	印 記載年月日：平成 年 月 日 空欄または印刷のこと

- ・病名診断に用いる検査結果、検査項目等については、診断書または病歴記載書に記載し、1ヶ月以内の期限内に提出していただくこと。
- ・ただし、医師の診断書に検査結果記載がなくても、検査結果を本人に返すこと。
- ・診断書記載に不十分な記載がある場合は、検査結果を再提出いただくか、直近3ヶ月間の検査結果を記載してください。
- ・検査結果、診断書等については、医師の診断書に添付していただくこと。1ヶ月以内の期限内に提出していただくこと。
- ・受診のため、検査結果を本人に提出していただくこと。

193 プラダー・ウィー症候群

新規 更新

■ 基本情報

氏名	姓(漢字)	姓(カナ)	名(漢字)	名(カナ)
所在地	印			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	1.男	2.女
出生地(市町村)				
出生地氏名(確定の場合)	姓(漢字)	名(漢字)	姓(カナ)	名(カナ)
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 兄弟(兄弟) 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他 備考 ()			
発症年月	西暦 年 月			
発症原因	1.発令者 2.受胎時 3.なし 4.発令後 5. 1 2 3 4 5			
発症の経過	1.歩む回数の増加がない 2.いくらか増加がある 3.増えすぎている			
歩む回数の管理	1.歩む回数に制限がない 2.いくらか制限がある 3.自分でできる			
歩む回数の測定	1.測定がない 2.いくらか測定がある 3.行うことができない			
歩む回数	1.なし 2.中程度ある 3.多い			
歩む回数	1.測定がない 2.中程度 3.多くはないがたまに多い			

■ 診断基準に関する事項

症状の経過、経過、特徴すべき事項など

--

診断基準(193) 診断の適用基準 (該当する年齢の項目について、該当するか否かを記載する)

① 出生-2歳時の場合	1.該当 2.非該当 3.不明
② 3-6歳時の場合	1.該当 2.非該当 3.不明
③ 7-12歳時の場合	1.該当 2.非該当 3.不明
④ 13歳-成人時の場合	1.該当 2.非該当 3.不明

<診断のカテゴリー> (該当する項目に○を記入する)

1.確定診断 (プラダー・ウィー症候群と診断書を含む診断書)を用いた診断で欠乏を認める	
2.確定診断 (遺伝子検査結果のインプレッション結果)を用いた診断で欠乏を認める	
3.確定診断 (遺伝子検査結果のインプレッション結果)を用いた診断で欠乏を認める	
4.確定診断 (遺伝子検査結果のインプレッション結果)を用いた診断で欠乏を認める	

■ 遺伝子診断に関する事項

1.小児期 (18歳未満) *小児期に発症の疑いがある場合は以下の欄の記入が必要 1.該当 2.非該当

治療で育ち、診断結果がその他の治療法を行っている	1.該当 2.非該当 3.不明
(遺伝子検査結果を有する場合、1.発症の疑いがある場合は以下の欄の記入が必要)	

2.成人期 (18歳以上) 以下の欄のうちの3ヶ月以上継続する項目に○を記入する 1.該当 2.非該当 3.不明

(1)コントロール不能の発症回数(1ヶ月以上)以下の欄のうち、3ヶ月以上継続する項目に○を記入する	1.該当 2.非該当 3.不明
<input type="checkbox"/> 適切な治療を行ってもHbA1c (NGSP法) >8.0 <input type="checkbox"/> 適切な治療を行っても血糖値 >180mg/dL	
(2)補綴時無痛性低血糖の重症度(空腹時)が中等度以上	1.該当 2.非該当 3.不明
(注: (Active Disposition Index) により評価する項目に○を記入する)	
<input type="checkbox"/> 軽症(50 ≤ BMI < 60) <input type="checkbox"/> 中等症(60 ≤ BMI < 70) <input type="checkbox"/> 重症(70 ≤ BMI)	

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

発症の有無	1.あり			
発症時期	西暦 年 月	発症の経緯	1.あり 2.なし	
発症原因	1.呼吸器不全をきたした人工呼吸器 2.呼吸器不全をきたした人工呼吸器			
発症状況	1.間欠的発症 2.夜間・睡眠時に発症 3.1日中発症 4.発症が頻発			
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> H ₂ O <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"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着衣	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄管理	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
医療機関所在地	電話番号 <input type="text"/>
医師の氏名	印 記載年月日：平成 年 月 日 空欄または印刷のこと

- ・病名診断に用いる検査結果、検査項目等については、診断書または病歴記載書に記載し、1ヶ月以内の期限内に提出していただくこと。
- ・ただし、医師の診断書に検査結果記載がなくても、検査結果を本人に返すこと。
- ・診断書記載に不十分な記載がある場合は、検査結果を再提出いただくか、直近3ヶ月間の検査結果を記載してください。
- ・検査結果、診断書等については、医師の診断書に添付していただくこと。1ヶ月以内の期限内に提出していただくこと。
- ・受診のため、検査結果を本人に提出していただくこと。