

調 査 票 (案)

*調査票は医師が記入して下さい。

■申請者の出生時の状況

出生体重	g	出生週数	在胎	週	日
出生時の異常 (該当項目に○ を付け、必要事 項を記載してく ださい)	異常なし				
	異常あり	上肢： 右 ・ 左	下肢： 右 ・ 左		
		その他の外表異常 ()			
		難聴： 右 ・ 左	視力低下： 右 ・ 左		
		心臓奇形	腎臓奇形		
その他の異常 ()					

■申請者の既往症、現在の合併症

既往歴 (これまでにか かった病気、大 きなけが、手術 など) (該当項目に○ を付け、必要事 項を記入してく ださい)	なし ・ あり	
	ありの場合は具体的な内容を記載	
合併症 (現在治療を受 けている、ある いは定期的に 診察・検査を受 けている病気な ど) (該当項目に○ を付け、必要事 項を記入してく ださい)	なし ・ あり	
	ありの場合は具体的な内容を記載	

■祖父、祖母の情報

		先天異常
父方祖父	生存・死亡（年齢　　）	あり・なし
父方祖母	生存・死亡（年齢　　）	あり・なし
母方祖父	生存・死亡（年齢　　）	あり・なし
母方祖母	生存・死亡（年齢　　）	あり・なし
先天異常ありの場合は具体的な内容を記載		

■父親、母親の情報

父親	既往歴	なし　・　あり		
		ありの場合は具体的な内容を記入		
父の兄弟姉妹 （該当項目に○を 付け、必要事項を 記入してください）		（年齢が上の人から順に記入し、父親の番号に○をつける）		
		1 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常あり・なし
		2 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常あり・なし
		3 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常あり・なし
		4 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常あり・なし
		5 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常あり・なし
		6 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常あり・なし
		7 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常あり・なし

母親	既往歴	なし　・　あり		
		ありの場合は具体的な内容を記入		
母の兄弟姉妹 （該当項目に○を 付け、必要事項を 記入してください）		（年齢が上の人から順に記入し、母親の番号に○をつける）		
		1 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常あり・なし
		2 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常あり・なし

	3 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	4 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	5 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	6 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	7 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし

■申請者の兄弟姉妹の情報

	既往歴	なし　・　あり	
		ありの場合は具体的な内容を記入	
申請者の兄弟姉妹 （該当項目に○を 付け、必要事項を 記入してください）	（年齢が上の人から順に記入し、自分の番号に○をつける）		
	1 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	2 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	3 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	4 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし
	5 男・女	生存・死亡（年齢　　）	先天異常 あり・なし

記載者	
医療機関名	
医療機関所在地	
医師の氏名	*自筆または押印
記載年月日	西暦　　年　　月　　日

■ 事務局記載欄

提出書類			
身体写真（スナップ写真）		ビデオ（録画）	
頭頸部	枚	頭頸部	本
上肢	枚	上肢	本
下肢	枚	下肢	本
耳介	枚	その他	本
その他 ()	枚	()	
レントゲン写真		オーディオグラム	枚
頭頸部	枚		
上肢	枚		
下肢	枚		
その他	枚		
かかりつけ医や担当医からの診断書	通	かかりつけ医や担当医からの意見書	通
診療記録	枚		
母子手帳	冊		
サリドマイド薬の購入領収書等	枚		
本人確認書類の写し	マイナンバーカード ・ パスポート ・ 運転免許証		
	その他 ()		