

指定難病 更新用書類申込書

				受付者					
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 平・令	年	月	日	性別	男	女		
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)			依頼者住所	都道府県 市区郡				
	☎				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 6,600円がかかります。								
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 ☐ いる(続柄を下記から選択) ☐ 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	☐ 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ☐ 要支援(1 ・ 2) ☐ 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	☐ 1.歩き回るのに問題はない ☐ 2.いくらか問題がある ☐ 3.寝たきりである								
身の回り管理	☐ 1.洗面や着替えに問題はない ☐ 2.いくらか問題がある ☐ 3.自分でできない								
ふだんの活動	☐ 1.問題はない ☐ 2.いくらか問題がある ☐ 3.行うことができない								
痛み/不快感	☐ 1.ない ☐ 2.中程度ある ☐ 3.ひどい								
不安/ふさぎ込み	☐ 1.問題はない ☐ 2.中程度 ☐ 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	☐ 1.なし ☐ 2.あり(等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級)								
療育手帳	☐ 1.なし ☐ 2.あり								
精神障害者保険 福祉手帳	☐ 1.なし ☐ 2.あり(等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 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
		☐ 文書は先に郵送、請求書は後で送付 ☐ (/)来院するので収納で保管 ☐ 文書料金は入院費 ☐ 請求書と一緒に郵送 ☐ 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