

<特定医療費(指定難病)支給認定申請者様>

- ◆ 特定医療費(指定難病)支給認定申請には難病指定医が作成する臨床調査個人票が必要です。
- ◆ 以下の臨床調査個人票(診断書)作成依頼票を使用して、臨床調査個人票をご準備ください。

【臨床調査個人票の作成依頼方法】

- 下の枠内と裏面の問診票を記入し、医療機関の窓口へ提出してください。
なお、診断書作成料は、申請者様の御負担となります。
※更新申請の方は特定医療費受給者証を提示してください。

臨床調査個人票(診断書)作成依頼票

難病指定医・協力難病指定医 様

以下のとおり、特定医療費(指定難病)支給認定に係る臨床調査個人票の作成を依頼します。

(フリガナ)		生年月日	
氏名		大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
疾病名		新規・更新の別 (いずれかに○)	新規・更新

<難病指定医様・協力難病指定医様・医療機関文書担当者様へのごお願い>

愛知県知多保健所では、特定医療費(指定難病)支給認定申請手続きをされる方へ、臨床調査個人票はお配りせず、代えて、この臨床調査個人票作成依頼票を交付させていただいております。

申請者の方から臨床調査個人票の作成依頼があった場合には、医療機関様にて様式をダウンロードの上、作成いただきますようお願いいたします。

なお、ダウンロードによる入手が困難な場合、当所から様式を送付させていただきますので、お手数ではありますが、御連絡をお願いいたします。

様式ダウンロード先

- ・難病情報センターのホームページ <https://www.nanbyou.or.jp/>
- ・厚生労働省のホームページ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000062437.html>

<作成時の主な注意事項>

- ① 協力難病指定医の方は新規申請の臨床調査個人票(診断書)を作成できません。
- ② 新規申請の場合、以下の疾病番号の指定難病は、画像等資料の添付が必要となります。

【診断によって添付資料が必要な疾病】

050 皮膚筋炎／多発性筋炎(診断が無筋性皮膚筋炎の場合に病理所見が必要)

085 特発性間質性肺炎(診断が特発性肺線維症(IPF)で開胸又は胸腔鏡下生検が未実施の場合もしくは、診断が特発性肺線維症(IPF)以外の間質性肺炎の場合に画像資料が必要)

【以下、必ず画像資料が必要な疾病】

057特発性拡張型心筋症 068黄色靱帯骨化症 069後縦靱帯骨化症

070広範脊柱管狭窄症 071特発性大腿骨頭壊死症 090網膜色素変性症

270慢性再発性多発性骨髄炎 271強直性脊椎炎 272進行性骨化性線維異形成症

273肋骨異常を伴う先天性側弯症 274骨形成不全症 275タナトフォリック骨異形成症

276軟骨無形成症 301黄斑ジストロフィー

- ③ 新規申請の場合は必ず「診断年月日(重症度基準を満たすと判断した日)」を記載してください。
旧様式を使用している場合は、臨床調査個人票の備考欄等に診断年月日を記載してください。

★ 以下の問診に記入のうえ、医療機関へ提出してください。

指定難病問診票	記載日	西暦 年 月 日
●この問診票は全員記入してください。 ●分かる範囲内で記入してください。		
出生市区町村 _____		
出生時氏名(変更のある場合)	旧姓(漢字) _____	旧名(漢字) _____
家族歴(※本人以外の家族・親族で同じ病名の発症者がいるか)	□1あり □2なし □3不明	
発症者続柄(※上記「家族歴」が「あり」の場合)		
□1父 □2母 □3子 □4同胞(男性) □5同胞(女性) □6祖父(父方) □7祖母(母方)		
□8祖父(母方) □9祖母(母方) □10いとこ □11その他(続柄 _____)		
介護認定	□1要介護 □2要支援 □3なし	
	↳ 要介護度 □1 □2 □3 □4 □5	
生活状況 移動の程度	□1歩き回るのに問題ない □2いづらか問題がある □3寝たきり	
・難病情報センターのホー	□1洗面や着替えに問題ない □2いづらか問題がある □3自分でできない	
ふだんの活動	□1問題ない □2いづらか問題がある □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問題ない □2中程度 □3ひどく不安がある	
身長 _____ cm、	体重 _____ kg、	拍数 _____ 回/分、
体温 _____ 度		
血圧 _____ / _____ mmHg		
喫煙	□1現在の喫煙 □2過去の喫煙 □3なし □4不明	
身体障害者手帳	□1あり 等級 _____ 級 取得年月 西暦 _____ 年 月 □2なし	

■「97 潰瘍性大腸炎」の方のみ追加で記入してください。

(太枠内は、過去6か月間の最重症時の状態を記入してください。)

最重症時の年月日	西暦 年 月 日		
排便回数	□6回/日以上 □5回/日 □4回/日以下 □不明		
便の性状	□1. 水様 □2. 泥状 □3. 軟便 □4. 有形		
腹部自発痛	□1. あり □2. なし		
a) 発熱37.5℃以上	□1. あり □2. なし	虫垂切除歴	□1. あり □2. なし
b) 頻脈90/分以上	□1. あり □2. なし	クローン病家系内発生	□1. あり □2. なし

■「96 クロウン病」の方のみ追加で記入してください。

(太枠内は、過去6か月間の最重症時の状態を記入してください。)

最重症時の年月日	西暦 年 月 日		
持続性又は反復性の粘血・血便、あるいはその既往	□1. あり □2. なし		
軟便・下痢回数	□6回/日以上 □5回/日 □4回/日以下 □不明		
腹部自発痛	□1. あり □2. なし	潰瘍性大腸炎家系内発生	□1. あり □2. なし
体重減少	□1. あり □2. なし	虫垂切除歴	□1. あり □2. なし
38℃以上の発熱	□1. あり □2. なし	過去1年間の妊娠(女性のみ)	□1. あり □2. なし

