

臨床調査個人票

 新規 更新

002 筋萎縮性側索硬化症

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)	ナカタ		名 (かな)	サチコ		
姓 (漢字)	中田		名 (漢字)	幸子		
郵便番号	<input type="text"/> 5 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 4					
住所	大阪府大阪市天王寺区南河堀町9-48-305					
生年月日	西暦	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 9	年	<input type="text"/> <input type="text"/> 8	月 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 1 日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 女					
出生市区町村						
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)			名 (かな)		
	姓 (漢字)			名 (漢字)		
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input checked="" 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					
発症年月	西暦	<input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0	年	<input type="text"/> <input type="text"/> 2	月	