

296 胆道閉鎖症

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	*以降、数字は 右詰めで記入
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input 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						
発症時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
社会保障							
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし						
要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
生活状況							
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである						
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない						
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない						
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい						
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる						
手帳取得状況							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級)						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり						
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite : Bを除外し、かつAを満たすもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
----------------------------	--------------------------------	---------------------------------

A. 手術時の肉眼的所見あるいは胆道造影像

胆道閉鎖症病型分類における基本型分類の4つの形態のいずれかに当てはまる。	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> I 型 (総胆管閉塞型)	<input type="checkbox"/> I cyst 型 (肝外嚢胞を伴う総胆管閉塞型)		
<input type="checkbox"/> II 型 (肝管閉塞型)	<input type="checkbox"/> III 型 (肝門部閉塞型)		

B. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 胆道閉塞を伴わない新生児・乳児期発症閉塞性黄疸疾患			
<input type="checkbox"/> 2. 先天性胆道拡張症			

■ 重症度分類に関する事項

重症度判定

因子/重症度	軽快者	重症度 1	重症度 2	重症度 3
胆汁うっ滞 *	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1+	/	
胆道感染	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1+	<input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+
門脈圧亢進症	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1+	<input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+
身体活動制限	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1+	<input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+
関連病態	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1+	<input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+
肝機能障害	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 1+	<input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+

* 胆汁うっ滞については、あれば重症度 1 以上。重症度 2 以上かどうかは他の 5 項目の状態によって決定され、必ずしも胆汁うっ滞の存在は必要とはしない。

1) 胆汁うっ滞に関する事項

(1+) 持続的な顕性黄疸を認めるもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
---------------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

2) 胆道感染に関する事項

①胆道感染

定義に基づく胆管炎を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
---------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

②胆道感染の重症度

<input type="checkbox"/> (1+) 過去1年以内に胆管炎を1回以上発症し、その入院加療期間が1か月未満のもの
<input type="checkbox"/> (2+) 過去1年以内に胆管炎による入院加療期間が1か月以上半年未満のもの
<input type="checkbox"/> (3+) 過去1年以内に胆管炎による入院加療期間が半年以上のもの、あるいは重症敗血症を合併した場合

3) 門脈圧亢進症に関する事項

①食道・胃・異所性静脈瘤

<input type="checkbox"/> (1+) 静脈瘤を認めるが易出血性ではなく、身体活動の制限や介護を必要としない状態
<input type="checkbox"/> (2+) 易出血性静脈瘤を認めるもので、治療を要し、身体活動の制限や介護を要する状態。 易出血性静脈瘤・胃静脈瘤とは「門脈圧亢進症取り扱い規約」に基づき、CbかつF2以上のもの、または発赤所見を認めるもの。異所性静脈瘤の場合もこれに準ずる。 出血性静脈瘤を認めるが、治療によりコントロールが可能なもの。異所性静脈瘤の場合もこれに準ずる。
<input type="checkbox"/> (3+) コントロールできない静脈瘤出血を認める。

②肝肺症候群

a. 慢性肝疾患の存在	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
b. 肺泡気-動脈血酸素分圧較差 (A-aD02) \geq 15mmHg (65歳以上では $>$ 20mmHg)	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
c. 肺内シャントの存在確認 (コントラスト心エコーあるいは ^{99m}Tc -MAA 肺血流シンチ)	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
動脈血酸素分圧 (PaO2)			
<input type="checkbox"/> (1+) PaO ₂ が室内気で80mmHg未満、60mmHg以上 (参考所見：経皮酸素飽和度では90～95%) で身体活動の制限や介護を必要としない状態			
<input type="checkbox"/> (2+) PaO ₂ が室内気で80mmHg未満、60mmHg以上 (参考所見：経皮酸素飽和度では90～95%) で身体活動の制限や介護を要する状態			
<input type="checkbox"/> (3+) PaO ₂ が室内気で60mmHg未満 (参考所見：経皮酸素飽和度では90%以下)			

③門脈肺高血圧症

a. 慢性肝疾患の有無に関わらず門脈肺高血圧症を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
b. 安静時平均肺動脈圧 (mPAP) >25mmHg	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
c. 平均肺動脈楔入圧 (cPCWP) <15mmHg	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
d. 肺血管抵抗 (PVR) > 240dyne/sec/cm ²	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
安静時平均肺動脈圧 (mPAP)			
<input type="checkbox"/> (2+) mPAPが≥25mmHg以上、35mmHg未満で、治療を要し、身体活動の制限や介護を要する状態 <input type="checkbox"/> (3+) mPAPが≥35mmHg以上			

* 上記基準 (定義に基づく判定) は小児例など実施が困難であり測定精度が保たれる場合は心エコー検査による測定を代用とすることが可能である。

④症状

<input type="checkbox"/> (1+) 出血傾向、脾腫、貧血のうち1つもしくは複数を認め、治療を要するが、これによる身体活動の制限や介護を必要としない状態
<input type="checkbox"/> (2+) 出血傾向、脾腫、貧血のうち治療を必要とするものを1つもしくは複数を認め、治療を要し、これによる身体活動の制限や介護を要する状態

4) 関連する病態に関する事項 (胆道閉鎖症を原因とする場合)

①皮膚掻痒

<input type="checkbox"/> (1+) 下記の1程度の痒み <input type="checkbox"/> (2+) 下記の2または3程度の痒み <input type="checkbox"/> (3+) 下記の4程度の痒み	
<input type="checkbox"/> なし (0)	(日中) ほとんど、あるいは全く痒みを感じない。 (夜間) ほとんど、あるいは全く痒みを感じない。
<input type="checkbox"/> 軽微 (1)	(日中) 時にムズムズするが、特に搔かなくても我慢できる。 (夜間) 就寝時わずかに痒いが、特に意識して搔くほどでもない。よく眠れる。
<input type="checkbox"/> 軽度 (2)	(日中) 時には手がいき、軽く搔く程度。一度おさまり、あまり気にならない。 (夜間) 多少、痒みはあるが、搔けばおさまる。痒みのために目が覚めることはない。
<input type="checkbox"/> 中等度 (3)	(日中) 痒くなり、人前でも搔く。痒みのためにイライラし、たえず搔いている。 (夜間) 痒くて目が覚める。ひと搔きすると一応は眠れるが、無意識のうちに眠りながら搔く。
<input type="checkbox"/> 高度 (4)	(日中) いてもたってもいられない痒み。搔いてもおさまらずますます痒くなり仕事も勉強も手につかない。 (夜間) 痒くてほとんど眠れない。しょっちゅう搔いているが、搔くとますます痒みが強くなる。

②成長障害

<input type="checkbox"/> (1+) 身長SDスコアが-1.5SD以下
<input type="checkbox"/> (2+) 身長SDスコアが-2SD以下
<input type="checkbox"/> (3+) 身長SDスコアが-2.5SD以下

5) 肝機能障害の評価に関する事項

①採血データ

<input type="checkbox"/> (1+) 下記の異常がA~Dの2系列以上に認められる場合			
A系列	アルブミン	2.8g/dL未滿	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
B系列	血清総ビリルビン	5.0mg/dL以上	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
C系列-1	AST	200単位以上	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
C系列-2	ALT	200単位以上	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
D系列	GGTP	200単位以上	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

②Child-Pugh分類

脳症	<input type="checkbox"/> ない (1)	<input type="checkbox"/> 軽症 (2)	<input type="checkbox"/> ときどき昏睡 (3)
腹水	<input type="checkbox"/> ない (1)	<input type="checkbox"/> 少量 (2)	<input type="checkbox"/> 中等量 (3)
血清ビリルビン値 (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 2.0未滿 (1)	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0 (2)	<input type="checkbox"/> 3.0超 (3)
血清アルブミン値 (g/dL)	<input type="checkbox"/> 3.5超 (1)	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5 (2)	<input type="checkbox"/> 2.8未滿 (3)
プロトロンビン活性値 (%)	<input type="checkbox"/> 70超 (1)	<input type="checkbox"/> 40~70 (2)	<input type="checkbox"/> 40未滿 (3)
合計	<input type="text"/> <input type="text"/> 点		
分類	<input type="checkbox"/> A (5点~6点)	<input type="checkbox"/> B (7点~9点)	<input type="checkbox"/> C (10点~15点)

6) 身体活動制限 (performance status) に関する事項

<input type="checkbox"/> grade 0	無症状で社会活動ができ、制限をうけることなく、健常人と同様にふるまえる
<input type="checkbox"/> grade 1 (1+)	軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできる。 例えば軽い家事、事務など
<input type="checkbox"/> grade 2 (2+)	歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。 軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している
<input type="checkbox"/> grade 3 (2+)	身の回りにある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は 就床している
<input type="checkbox"/> grade 4 (3+)	身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

--

■ その他の事項

その他参考となる検査所見（新規）

1. 血液・生化学的検査所見：直接ビリルビン値の上昇	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 十二指腸液採取検査で、胆汁の混入を認めない	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 画像検査所見	
1) 腹部超音波検査	
① triangular cord sign：肝門部で門脈前方の三角形あるいは帯状高エコー。縦断像あるいは横断像で評価し、厚さが4mm以上を陽性と判定	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
② 胆嚢の異常：胆嚢は萎縮しているか、描出できない。また胆嚢が描出される場合でも授乳前後で胆嚢収縮が認められない。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2) 肝胆道シンチグラフィ	
肝臓への核種集積は正常であるが、肝外への核種排泄が認められない	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

検査所見（新規） *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

血液検査			
測定日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L
ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L
総ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	血清CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
直接型ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	ChE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/L
AST	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	ALT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
総蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
γ GTP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	総コレステロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
PT-INR	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		
ALP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	<input type="checkbox"/> 1. IFCC 法 <input type="checkbox"/> 2. JSCC 法	

治療その他

胆道閉鎖症の手術歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	回数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	
初回の胆道閉鎖症手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
肝移植	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
上記治療歴以外の治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	内科的治療	内容	
	外科的治療	内容	

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名												
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
診断年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。)
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
公費負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定											
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
有効期限	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他											
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
保険情報	保険者番号			被保険者記号								
	被保険者番号			被保険者 個人単位枝番								
	資格取得 年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>