

郵送にて臨床調査個人票を作成依頼される方へ

- 既に受給者証をお持ちで更新手続きをする方のみ郵送でのお申し込みが可能です。
- お受け取りは必ず窓口**でお願いします。その際、文書料金1通につき2,200円（税込）のお支払いをお願いします。
- 臨床調査個人票には有効期限（医師の記載日から3ヶ月以内）がございますのでご注意ください。

お送りいただくもの（チェックリスト）

- 【更新】＜指定難病専用＞臨床調査個人票の交付申請書
- 患者さんの診察券のコピー
- 特定疾患（指定難病）受給者証のコピー ※ 受給者証原本は送付しないでください。

お受け取りの際にご持参いただくもの

- 患者さんの診察券
※ 診察券をご持参いただけない場合、お渡しが出来ない場合がございます。予めご了承ください。

送付先 申込時の封筒に貼付してご利用ください。

〒543-8555
大阪市天王寺区筆ヶ崎町5番30号
大阪赤十字病院 文書センター 御中
【臨床調査個人票申込在中】

交付申請書の記入内容は、臨床調査個人票を医師が作成するために必要です。記入もれがないよう患者情報を記入してください。

【更新】＜指定難病専用＞臨床調査個人票の交付申請書

申込者記入欄

申込日： 年 月 日

診察券（ID）番号		
患者氏名	姓（カナ）	名（カナ）
	姓（漢字）	名（漢字）
住民票住所	〒	
電話番号 (完成連絡をいたします)	<input type="checkbox"/> 患者本人 () - -	<input type="checkbox"/> 患者本人以外 氏名 (患者さんとの関係：) () - -
完成書類受け取り者	<input type="checkbox"/> 患者本人	<input type="checkbox"/> 患者本人以外 氏名 (患者さんとの関係：)
診療科 / 医師名	科	医師
当院受診歴	6ヶ月以内に当該疾病に係る受診 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し（受付不可） ※再診察・検査が必要な場合がございます。事前に医師にご相談ください。	
出生市区町村		
出生時の氏名 (変更がある場合のみ記入)	姓（カナ）	名（カナ）
	姓（漢字）	名（漢字）
社会保障 (該当に○をしてください)	< 介護認定 > 1.要介護 2.要支援 3.なし	
	< 要介護度 > 1 2 3 4 5	
手帳取得状況 (該当に○をしてください)	< 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）	
前回作成（医療機関名）	<input type="checkbox"/> 大阪赤十字病院 ・ <input type="checkbox"/> 他院（ ）	
自治体の提出期限	令和 年 月 日	

医療機関記入欄

文書センター受付日： /	担当者：	臨床調査個人票(No,)
完成日： /	通 2,200円/1通	お渡し日： /

受領欄 下記のとおり、申請した書類を受け取りました

受領日： 年 月 日

受け取り人：

(患者さんとの関係)

受け取り場所・受付時間

場所：2階7番窓口 文書センター

時間：8:30～17:00

休診日：土・日・祝 12/29～1/3

5/1（創立記念日）