

この用紙を、
主治医（難病指定医または協力難病指
定医）に渡して、
臨床調査個人票の作成を
依頼してください。

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定	☐ 不認定
-------	----------------------	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓（かな）				名（かな）			
姓（漢字）				名（漢字）			
郵便番号							
住所							
生年月日	西暦		年		月		日
							*以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 男 ☐ 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	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明						
	続柄						
発症年月	西暦		年		月		

指定医様 裏面をご確認ください。

難病指定医(または協力難病指定医) 様

特定医療費(指定難病)更新申請時における臨床調査個人票記載上の注意
(各疾患共通)

①申請される疾患により様式が異なります。

難病情報センターHP等より、

該当疾患の様式をダウンロードしてください。

※令和6年4月1日より、臨床調査個人票が改正され、新様式となっております。

臨床調査個人票1ページ目右上の更新欄に☑をお願いいたします。

太枠の項目は更新申請時は記載不要です。

細枠の項目は新規・更新ともに記載必須です。

②難病指定医または協力難病指定医でなければ臨床調査個人票は作成できません。

指定医番号には有効期間があります。

必ず現在指定を受けている指定医番号を記載してください。

指定医番号の左から3桁目には、S,T,Cいずれかのアルファベットが入ります。

③更新申請時には、臨床調査個人票の内容により「重症度分類」を満たす必要があります。

重症度分類に関する事項は、直近6か月以内の最重症時の判定日で必ず記載してください。

なお、軽症の方は軽症者特例制度に該当しない場合、不承認となる可能性があります。

重症度分類に関する事項の関連項目は、全て記載いただき、重症度判定との整合性を確認してください。

重症度判定に関連する検査項目は、直近6か月以内のものを記載してください。

特記事項がある場合は特記事項欄に御記入をお願いいたします。

例) 前回申請時との変化

重症度判定に必要な検査を受けられなかった理由等

※臨床調査個人票作成時は両面印刷での作成にご協力をお願いします。

インターネット環境等の理由により、臨床調査個人票の様式がダウンロードできない場合は、

①指定医氏名

②医療機関名

③臨床調査個人票が必要な疾患名(疾患番号)

を下記のメールアドレスまで御連絡ください。

滋賀県庁 健康しが推進課 難病・小児疾病係

eg0003@pref.shiga.lg.jp