



生活状況

就労の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり			
社会 保 障	国民年金・厚生年金	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
	遺族年金	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
	障害年金	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
	生活保護	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
	その他	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
	その他詳細				
介護認定の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 不明		
介護度	<input type="radio"/> 要支援1 <input type="radio"/> 要支援2 <input type="radio"/> その他 ( ) <input type="radio"/> 要介護1 <input type="radio"/> 要介護2 <input type="radio"/> 要介護3 <input type="radio"/> 要介護4 <input type="radio"/> 要介護5				
身体障害者手帳の有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり			
身体障害者手帳の等級	<input type="radio"/> 1級	<input type="radio"/> 2級	<input type="radio"/> 3級	<input type="radio"/> 4級	<input type="radio"/> 5級
	<input type="radio"/> 6級	<input type="radio"/> 7級			
本人を含む同居人数	人				
同居家族	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> おじ <input type="checkbox"/> おば <input type="checkbox"/> その他 具体的に： ( )				

家族歴

血縁で最初の当該難病の発症ですか	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
血縁での当該難病の難病発症	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	ありの場合→ <input type="checkbox"/> 実父方祖父 <input type="checkbox"/> 実父方祖母 <input type="checkbox"/> 実母方祖父 <input type="checkbox"/> 実母方祖母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実兄 <input type="checkbox"/> 実弟 <input type="checkbox"/> 実姉 <input type="checkbox"/> 実妹 <input type="checkbox"/> 実息子 <input type="checkbox"/> 実娘 <input type="checkbox"/> その他 その他詳細→ ( )	

妊娠出産情報 ※本人が成人女性の場合ご記入ください

妊娠有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
妊娠回数	回	
出産有無	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
出産回数	回	