

指定難病・特定疾患台帳に関する登録項目一覧

別紙

| | |
|----------------|-----------|
| (1) 本人に関する基本情報 | |
| 1 | 氏名 |
| 2 | ふりがな |
| 3 | 性別 |
| 4 | 生年月日 |
| 5 | 年齢 |
| 6 | 受給者番号 |
| 7 | 郵便番号 |
| 8 | 住所 |
| 9 | 電話番号 |
| 10 | 携帯番号 |
| 11 | メモ |
| 12 | 別送の有無 |
| 13 | 送付先郵便番号 |
| 14 | 送付先住所 |
| 15 | 送付先宛名 |
| 16 | 送付先電話番号 |
| 17 | 送付先続柄 |
| 18 | 初回申請日 |
| 19 | 初回進達日 |
| 20 | 初回進達番号 |
| 21 | 管理 NO. |
| 22 | ID |
| 23 | 地区担当保健師 |
| 24 | 更新申請日 |
| 25 | 郵送の有無 |
| 26 | 不備の有無 |
| 27 | 更新進達日 |
| 28 | 更新進達通番 |
| 29 | 変更申請の有無 |
| 30 | 変更届の有無 |
| 31 | 返戻の有無 |
| 32 | 返戻受理日 |
| 33 | 返戻進達日 |
| 34 | 変更申請追加の有無 |
| 35 | 変更届追加の有無 |
| 36 | 有効期限 |
| 37 | 公費負担 (旧) |
| 38 | 公費負担 (新) |
| 39 | 削除理由 |

| | |
|--------------|----------------|
| 40 | 発生年月日 |
| 41 | 削除年月日 |
| 42 | 削除理由メモ |
| 43 | 複数疾病の有無 |
| 44 | 医療保険 |
| 45 | 同一生計 |
| 46 | 同一生計人数 |
| 47 | 同一生計者受給者番号 |
| 48 | 同一生計者疾患名・告示番号 |
| 49 | 同一生計者氏名 |
| 50 | 同一生計備考 |
| 51 | 受給状況 |
| 52 | 階層区分 |
| 53 | 新制度・既認定者 |
| 54 | 種類 |
| 55 | 自己負担上限額 |
| 56 | 同一生計按分後自己負担上限額 |
| 57 | 入院時の食事 |
| 58 | 特記事項 |
| 59 | 更新等情報 |
| 60 | 承認区分 |
| 61 | 交付日 |
| 62 | 疾患群 |
| 63 | 疾患名 |
| 64 | 告示番号 |
| 65 | 発症時期 |
| 66 | 診断時期 |
| 67 | 診断医療機関 |
| 68 | 現医療機関 |
| (2) 医療看護介護情報 | |
| 1 | 既往歴 |
| 2 | 現病歴 |
| 3 | 内服薬 |
| 4 | 家族構成 |
| 5 | 現在の状況 |
| 6 | 就労状況 |
| 7 | ADL |
| 8 | 介護保険 |
| 9 | 身体障害者手帳の有無と等級 |
| 10 | 身体障害者手帳内容 |

| | |
|----|---------------|
| 11 | 身体障害者手帳取得時期 |
| 12 | 療育手帳の有無 |
| 13 | 障害支援区分 |
| 14 | 障害年金の有無と等級 |
| 15 | 精神障害者手帳の有無と等級 |
| 16 | 食事状況 |
| 17 | 排泄状況 |
| 18 | 移動状況 |
| 19 | 入浴状況 |
| 20 | 意思伝達状況 |
| 21 | 視力状況 |
| 22 | 聴力状況 |
| 23 | 認知面状況 |
| 24 | 長期入所・入院先 |
| 25 | 長期入所・入院時期 |
| 26 | 主介護者氏名 |
| 27 | 主介護者続柄 |
| 28 | 本人の状態備考 |
| 29 | 住居の状況・住居階 |
| 30 | エレベーターの有無 |
| 31 | オートロックの有無 |
| 32 | 住宅改修の有無 |
| 33 | 住居の状況備考 |
| 34 | 初回面接の有無 |
| 35 | 初回面接内容 |
| 36 | 初回支援ランク |
| 37 | 更新申請面接の要否 |
| 38 | カルテ作成の有無 |
| 39 | 新規者受付経路 |
| 40 | 災害の手引きの有無 |
| 41 | 医療講演会案内希望の有無 |
| 42 | 継続支援ランク |
| 43 | 更新時面接の有無 |
| 44 | 更新時面接内容 |
| 45 | 更新時面接支援方針 |
| 46 | 危機管理ランク |
| 47 | 小児慢性特定疾病申請の有無 |
| 48 | 現医療機関区分 |
| 49 | 現医療機関受診形態 |
| 50 | 現医療機関主治医 |

| | |
|----|-------------------|
| 51 | かかりつけ医の有無・名称 |
| 52 | かかりつけ医区分 |
| 53 | かかりつけ医受診形態 |
| 54 | かかりつけ医主治医 |
| 55 | 訪問診療医療機関 |
| 56 | 訪問診療医療機関区分 |
| 57 | 訪問診療医療機関受診形態 |
| 58 | 訪問診療主治医 |
| 59 | レスパイト医療機関 |
| 60 | レスパイト医療機関区分 |
| 61 | レスパイト医療機関受診形態 |
| 62 | 緊急受入医療機関 |
| 63 | 緊急受入医療機関区分 |
| 64 | 緊急受入医療機関受診形態 |
| 65 | かかりつけ歯科 |
| 66 | かかりつけ歯科区分 |
| 67 | かかりつけ歯科受診形態 |
| 68 | かかりつけ薬局 |
| 69 | かかりつけ薬局区分 |
| 70 | かかりつけ薬局受診形態 |
| 71 | 医療機関情報メモ |
| 72 | 訪問看護保険種類 |
| 73 | 訪問看護 24 時間対応 |
| 74 | 訪問看護事業所名 * |
| 75 | 訪問看護職種 |
| 76 | 人工呼吸器 TPPV の有無、時期 |
| 77 | 人工呼吸器 NPPV の有無、時期 |
| 78 | 気管切開の有無、時期 |
| 79 | 吸引の有無、時期 |
| 80 | 胃ろうの有無、時期 |
| 81 | 経管栄養の有無、時期 |
| 82 | IVH の有無、時期 |
| 83 | 在宅酸素の有無、時期 |
| 84 | バルンカテーテルの有無、時期 |
| 85 | ストマの有無、時期 |
| 86 | インシュリンの有無、時期 |
| 87 | 透析の有無、時期 |
| 88 | その他の高度医療の有無、時期 |
| 89 | 居宅介護支援事業所 |
| 90 | 居宅介護支援事業所担当者氏名 |
| 91 | 包括支援センター |

| | |
|---------------|----------------|
| 92 | 包括支援センター担当者氏名 |
| 93 | 介護保険ヘルパー事業所 |
| 94 | 介護保険ヘルパー利用頻度 |
| 95 | デイサービス事業所 |
| 96 | デイサービス利用頻度 |
| 97 | 訪問リハビリ事業所 |
| 98 | 訪問リハビリ利用頻度 |
| 99 | デイケア事業所 |
| 100 | デイケア利用頻度 |
| 101 | ショートステイ事業所 |
| 102 | ショートステイ利用頻度 |
| 103 | 訪問入浴事業所 |
| 104 | 訪問入浴利用頻度 |
| 105 | 通院リハビリ |
| 106 | 通院リハビリ利用頻度 |
| 107 | 日常生活用具の給付 |
| 108 | 介護保険情報その他 |
| 109 | 障害 CW |
| 110 | 相談支援センター |
| 111 | ガイドヘルパーの有無 |
| 112 | 補装具 |
| 113 | 日常生活用具 |
| 114 | 障害ヘルパー事業所 |
| 115 | 重度訪問介護事業所 |
| 116 | 就労継続支援 |
| 117 | グループホーム |
| 118 | 障害サービス情報その他 |
| 119 | 生保 CW |
| 120 | 生保担当者 |
| 121 | 生保受給開始時期 |
| 122 | 調査用メモ |
| 123 | 経過メモ |
| 124 | 発症からの年数 |
| (3) 災害時危機管理情報 | |
| 1 | 避難場所 |
| 2 | 災害時要援護者登録の有無 |
| 3 | 危機管理ランク |
| 4 | 蘇生バックの有無 |
| 5 | 呼吸器種類 |
| 6 | 呼吸器メーカー名 |
| 7 | 呼吸器内部バッテリー稼働時間 |

| | |
|----|----------------|
| 8 | 呼吸器外部バッテリー稼働時間 |
| 9 | 電源確保の方法 |
| 10 | 蘇生バックの取り扱い可能者数 |
| 11 | 蘇生バック取り扱い者 |
| 12 | 吸引内部バッテリー稼働時間 |
| 13 | 吸引外部バッテリー稼働時間 |
| 14 | 代替吸引器 |
| 15 | 非常時酸素稼働時間 |
| 16 | 酸素指示流量 安静時 |
| 17 | 携帯用酸素 |
| 18 | 非常時代替方法特記 |
| 19 | 要援護者番号 |
| 20 | 高度医療(機種・業者) |
| 21 | 高度医療業者担当 |
| 22 | 緊急連絡先 |
| 23 | 緊急連絡先電話番号 |
| 24 | 訪問看護事業所電話番号 |
| 25 | ヘルパー事業所電話番号 |

