基本管理項目（患者）

※参考：指定難病と小児慢性の全項目出力の内容

※指定難病と小児慢性は現在のシステムの状況に準拠。その他の制度は統合後を想定して項目を選択している。

【凡例】
■：該当
□：非該当
■：現行で難病or小慢のみ
■：制度上必須
■：次期システムには不要

No.	項目	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
1	管轄名称	■	■	■	■	■	■
2	申請種別等	■	■	■	■	■	■
3	申請方法	■	■	■	■	■	■
4	分室	□	■	□	□	□	□
5	受理日	■	■	■	■	■	■
6	受付番号	■	■	■	■	■	■
7	県外転入	■	■	■	■	■	■
8	転入日	■	■	■	■	■	■
9	制度区分	■	■	□	□	□	□
10	記載事項変更日	■	■	■	■	■	■
11	認定開始日	■	■	■	■	■	■
12	認定終了日	■	■	■	■	■	■
13	変更の内容	■	■	■	■	■	■
14	保険者照会	■	■	■	□	□	■
15	審査会	■	■	■	■	■	■
16	重症認定基準日	■	■	□	□	□	□
17	軽症者特例該当	■	■	□	□	□	□
18	前回受給者番号	■	■	■	□	■	■
19	受給者番号	■	■	■	■	■	■
20	患者）個人管理番号	■	■	■	□	■	■
21	患者）氏名当て字フラグ	■	■	■	■	■	■
22	患者）氏名	■	■	■	■	■	■
23	患者）氏名フリガナ	■	■	■	■	■	■
24	患者）性別	■	■	■	■	■	■
25	患者）生年月日	■	■	■	■	■	■
26	患者）年齢	■	■	■	■	■	■
27	患者）郵便番号	■	■	■	■	■	■
28	患者）市区町村	■	■	■	■	■	■
29	患者）住所１	■	■	■	■	■	■
30	患者）住所２	■	■	■	□	■	■
31	患者）電話番号１	■	■	■	■	■	■
32	患者）電話番号２	■	■	■	□	■	■
33	患者）FAX番号	■	■	■	■	■	■
34	患者）社会活動	■	■	■	□	□	□

No.	項目	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
35	患者）日常生活						
36	患者）成長ホルモン治療						
37	患者）身長（cm）						
38	患者）手帳						
39	前回有効期間開始日						
40	前回有効期間終了日						
41	有効期間開始日						
42	有効期間終了日						
43	所得証明の書類						
44	所得証明の書類その他						
45	添付書類						
46	添付書類-その他						
47	指定医）指定医番号						
48	申請者）氏名フリガナ						
49	申請者）氏名						
50	申請者）氏名当て字フラグ						
51	申請者）郵便番号						
52	申請者）都道府県						
53	申請者）住所１						
54	申請者）住所２						
55	申請者）電話番号１						
56	申請者）電話番号２						
57	申請者）FAX番号						
58	申請者）患者との続柄						
59	宛名区分						
60	講演会等案内の要否						
61	臨床調査個人票の提出						
62	備考						
63	印刷区分						
64	疾患情報）主疾患）疾患群						
65	疾患情報）主疾患）大分類						
66	疾患名						
67	疾患分類						
68	重症認定						
69	重症認定の為の書類						
70	疾患情報）主疾患）承認判定						

No.	項目	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
71	疾患情報）審査会対象						
72	疾患情報）審査会不承認						
73	疾患情報）副疾患１）疾患群						
74	疾患情報）副疾患１）大分類						
75	疾患情報）副疾患１＿疾患名						
76	疾患情報）副疾患１＿疾患分類						
77	疾患情報）副疾患１＿重症認定						
78	疾患情報）副疾患１＿承認判定						
79	疾患情報）副疾患１＿審査会結果日						
80	疾患情報）副疾患１＿審査会結果決裁日						
81	疾患情報）副疾患１＿発行日						
82	疾患情報）副疾患１＿保健所送付日						
83	疾患情報）副疾患１＿保健所受領日						
84	疾患情報）副疾患１＿本人発送日						
	～副疾患4)						
85	保険種別						
86	被保険者証の記号・番号						
87	被保険者との続柄						
88	被保険者氏名フリガナ						
89	被保険者氏名						
90	被保険者氏名当て字フラグ						
91	保険者番号						
92	保険者電話番号						
93	保険情報）低証の有無						
94	保険情報）適用区分						
95	保険情報）備考						
96	保険者名						
97	生計中心者）氏名						
98	生計中心者）氏名当て字フラグ						
99	生計中心者）氏名フリガナ						
100	生計中心者）郵便番号						
101	生計中心者）都道府県						
102	生計中心者）住所１						
103	生計中心者）住所２						
104	生計中心者）電話番号１						
105	生計中心者）電話番号２						

No.	項目	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
106	生計中心者）患者との続柄						
107	2人目該当						
108	2人目該当）受給者番号１						
109	2人目該当）受給者番号２			現在は不要な情報			
110	2人目該当）受給者番号３						
111	2人目該当）受給者番号４						
112	2疾患目該当						
113	2疾患目該当）受給者番号１						
114	2疾患目該当）受給者番号２						
115	2疾患目該当）受給者番号３						
116	2疾患目該当）受給者番号４						
117	階層区分						
118	前回自己負担限度額						
119	自己負担限度額						
120	前回自己負担限度額（入院）						
121	前回自己負担限度額（外来）						
122	自己負担限度額（入院）			現在は不要な情報			
123	自己負担限度額（外来）						
124	自己負担有無						
125	小慢該当有無						
126	同一世帯該当有無						
127	メモ欄						
128	医療機関1)コード						
129	医療機関1）名称						
130	医療機関1）名称フリガナ						
131	医療機関1）郵便番号						
132	医療機関1）都道府県						
133	医療機関1）住所						
134	医療機関1）電話番号						
135	医療機関1）医療機関区分						
136	医療機関1）病院薬局区分						
137	医療機関1）登録日						
138	医療機関1）指定区分						
139	医療機関1）指定番号						
140	医療機関1）指定有効開始日						
141	医療機関1）指定有効終了日						

No.	項目	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
142	医療機関1）廃業区分						
143	医療機関1）指定解除（辞退）日						
	～医療機関10)						
144	連絡先）氏名						
145	連絡先）氏名当て字フラグ						
146	連絡先）氏名フリガナ						
147	連絡先）郵便番号						
148	連絡先）都道府県						
149	連絡先）住所１						
150	連絡先）住所２						
151	連絡先）電話番号１						
152	連絡先）電話番号２						
153	連絡先）続柄						
154	連絡先）備考						
155	世帯員)階層区分						
156	世帯員)前回自己負担限度額						
157	世帯員)自己負担限度額						
158	世帯員1)氏名						
159	世帯員1)続柄						
160	世帯員1)生年月日						
161	世帯員1)受給者番号						
162	世帯員1)自己負担額(金額)						
	～世帯員10)						
163	療養支援入力日						
164	療養状況						
165	療養状況その他						
166	主治医氏名						
167	医療機関名						
168	診療科名						
169	電話番号						
170	移動状況						
171	移動状況その他						
172	医療機器の使用状況						
173	医療機器の使用状況その他						
174	障害の有無						
175	障害の有無その他						

No.	項目	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
176	身体障害者手帳						
177	介護保険の認定						
178	介護サービス事業所）事業所名						
179	介護サービス事業所）電話番号						
180	訪問看護ステーション）施設名						
181	訪問看護ステーション）電話番号						
182	家族の状況						
183	療養支援）備考						
184	千葉市保健所進達日						
185	千葉市保健所収受日						
186	本庁進達日						
187	進達回数						
188	本庁収受日						
189	審査会日						
190	審査会結果日						
191	審査会結果決裁日						
192	保険者照会日						
193	保険者照会結果日						
194	前回適用区分						
195	適用区分						
196	適用区分変更年月						
197	発行日						
198	保健所送付日						
199	保健所受領日						
200	本人発送日						
201	本庁供覧日						
202	消滅日						
203	消滅理由						
204	消滅理由その他						
205	再交付日						
206	再交付理由						
207	再交付理由その他						
208	前回受給者区分						
209	受給者区分						
210	介護手当認定番号						
211	介護手当認定開始日						

No.	項目	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
212	介護手当認定終了日						
213	介護手当消滅日						
214	介護手当消滅理由						
215	介護手当消滅理由その他						
216	介護手当停止日						
217	介護手当停止理由						
218	介護手当停止理由その他						
219	介護手当区分						
220	疾患情報）主疾患_疾患コード						
221	患者）個人番号有無						
222	世帯員1)個人番号有無						
223	世帯員2)個人番号有無						
224	世帯員3)個人番号有無						
225	世帯員4)個人番号有無						
226	世帯員5)個人番号有無						
227	世帯員6)個人番号有無						
228	世帯員7)個人番号有無						
229	世帯員8)個人番号有無						
230	世帯員9)個人番号有無						
231	世帯員10)個人番号有無						
232	処理状況						
233	★成長ホルモン認定終了年月						

現在は不要な情報

基本管理項目（指定医）

※参考：全項目出力の内容

1	指定難病	小児慢性
2	指定の状況	指定の状況
3	指定医番号	指定医番号
4	指定医の種類	指定医の種類
5	氏名	氏名
6	氏名カナ	氏名カナ
7	医籍登録番号	医籍登録番号
8	電話番号	電話番号
9	医療機関コード	医療機関コード
10	勤務先名称	勤務先名称
11	勤務先名称カナ	勤務先名称カナ
12	勤務先住所	勤務先住所
13	勤務先電話番号	勤務先電話番号
14	指定日	指定日
15	指定有効開始日	指定有効開始日
16	指定有効終了日	指定有効終了日
17	指定解除日	指定解除日
18	指定解除理由	指定解除理由
19	生年月日	生年月日
20	性別	性別
21	郵便番号	郵便番号
22	都道府県	都道府県
23	住所	住所
24	電話番号2	電話番号2
25	電話番号3	電話番号3
26	医籍登録年月日	医籍登録年月日
27	担当診療科目名	担当診療科目名
28	専門医・研修修了者	専門医・研修修了者
29	研修終了年月日	研修終了年月日
30	勤務先郵便番号	勤務先郵便番号
31	勤務先都道府県	勤務先都道府県
32	所属先医療機関コード	所属先医療機関コード
33	所属先名称	所属先名称
34	所属先名称カナ	所属先名称カナ
35	所属先郵便番号	所属先郵便番号
36	所属先都道府県	所属先都道府県
37	所属先住所	所属先住所

基本管理項目（指定医）

※参考：全項目出力の内容

1	指定難病	小児慢性
38	所属先電話番号	所属先電話番号
39	申請日	申請日
40	交付日	交付日

基本管理項目（医療機関）

※参考：全項目出力の内容

	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
1	指定の状況		契約の状況	契約の状況	契約の状況	契約の状況
2	医療機関コード					
3	名称カナ					
4	名称					
5	指定区分					
6	郵便番号					
7	都道府県名称					
8	住所					
9	住所カナ					
10	電話番号					
11	病院薬局区分名称					
12	医療機関区分名称					
13	登録日		契約日			
14	廃業区分					
15	指定番号					
16	指定日		契約日			
17	指定有効開始日		契約有効開始日			
18	指定有効終了日					
19	開設者名称					
20	開設者名称カナ					
21	訪問看護事業区分名称					
22	事業者名称					
23	事業者名称カナ					
24	開設者生年月日			開設者生年月日		
25	開設者郵便番号					
26	開設者都道府県					
27	開設者住所					
28	役職コード名称					
29	その他役職名					
30	開設者電話番号					
31	標榜診療科			標榜診療科		

基本管理項目（医療機関）

※参考：全項目出力の内容

	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
32	申請日					
33	指定解除日		契約解除日			
34	指定解除理由		契約解除理由			
35	交付日					

基本管理項目（申請書入力項目）

No.	項目	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
1	受給者番号	○	○	○	○	○	○
2	受給者有効期限	○				○	○
3	受診者氏名	○	○	○	○	○	○
4	受診者氏名フリガナ	○	○	○	○	○	○
5	受診者性別	○	○	○	○	○	○
6	受診者年齢	○	○	○			
7	受診者生年月日	○	○	○	○	○	○
8	受診者住所	○	○	○	○	○	○
9	受診者電話番号	○		○	○	○	○
10	受診者電話番号（携帯）	○					
11	受診者旧住所（市区町村）	○	○				
12	被保険者氏名	○	○	○			○
13	被保険者氏名フリガナ			○			
14	被保険者の受診者との続柄	○		○	○		○
15	保険種別	○		○	○	○	○
16	保険者名	○	○				
17	保険者番号			○			○
18	記号・番号	○	○	○			○
19	病名	○	○			○	○
20	保護者氏名	○	○				
21	保護者氏名フリガナ	○	○				
22	保護者住所	○	○				
23	保護者の受診者との続柄	○	○				
24	保護者電話番号	○	○				
25	保護者連絡先（住所以外）		○				
26	人工呼吸器等装着	○	○				
27	高額かつ長期	○					
28	軽症高額特例	○					
29	重症患者認定	○					
30	生活保護該当者	○					
31	按分対象者の有無	○					
32	按分対象者の制度	○					
33	按分対象者の氏名	○					
34	医療機関名	○	○	○	○	○	
35	医療機関所在地	○	○	○	○	○	
36	医療機関電話番号			○	○		
37	支給認定基準世帯員氏名	○	○				
38	支給認定基準世帯員氏名フリガナ	○	○				
39	支給認定基準世帯員生年月日	○	○				
40	支給認定基準世帯員住所	○	○				
41	支給認定基準世帯員旧住所	○	○				
42	支給認定基準世帯員（認定の有無）	○	○				
43	支給認定基準世帯員（自己負担上限月額）	○	○				
44	支給認定基準世帯員（受給者番号）	○	○				
45	郵送先氏名	○				○	○
46	郵送先の受診者との続柄	○				○	○
47	郵送先住所	○				○	○

基本管理項目（申請書入力項目）

No.	項目	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
48	郵送先電話番号	○				○	○
49	重症申請		○				
50	市町村民税非課税世帯収入等		○				
51	成長ホルモン		○				

基本管理項目（受給者証出力項目）

No.	項目	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
1	公費負担者番号	○	○	○	○	○	○
2	受給者番号	○	○	○	○	○	○
3	受診者氏名	○	○	○	○	○	○
4	受診者性別	○	○		○		
5	受診者生年月日	○	○	○	○	○	○
6	受診者住所（郵便番号含む）	○	○	○	○		○
7	保護者氏名	○	○				
8	保護者と受診者との続柄	○	○				
9	保護者住所（郵便番号含む）	○	○				
10	保険者名	○	○	○	○		○
11	記号・番号	○	○	○			○
12	適用区分	○	○	○			○
13	疾病名	○	○	○		○	
14	人工呼吸器等装着者	○					
15	高額かつ長期	○					
16	難病法施工令第２条	○					
17	受診者と同じ世帯にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者	○					
18	有効期間	○	○	○	○	○	○
19	入院時の食事助成	○					
20	階層区分	○	○				
21	自己負担上限額	○	○	○		○	○
22	重症認定		○				
23	世帯内按分		○				
24	入院時の食事助成		○				
25	成長ホルモン治療		○				
26	発行日	○	○	○	○	○	○
27	医療機関				○		
28	給付条件				○		

基本管理項目（受給者証出力項目）

No.	項目	指定難病	小児慢性	特定疾患	先天性血液	肝炎	肝がん
29	連絡先住所（郵便番号含む）	○	○				
30	連絡先氏名	○	○				