

## 入 会 申 込 書

記入日 年 月 日

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 申込者住所                                                  | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| (ふりがな)<br>申込者氏名                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| 電話番号                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| FAX 番号                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| メールアドレス                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| 患者の病名                                                  | <input type="checkbox"/> 重症型 （重症型の診断を受けた方は <input type="checkbox"/> をお付け下さい）                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |
| (ふりがな)<br>患者の氏名                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| 患者の性別                                                  | 男 ・ 女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |
| 患者の生年月日                                                | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |
| 治療項目<br>(当てはまるものに<br><input type="checkbox"/> をお付け下さい) | <input type="checkbox"/> 酵素補充療法 <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> 角膜移植 <input type="checkbox"/> 気管切開<br><input type="checkbox"/> 鼠径ヘルニア修復術 <input type="checkbox"/> 臍ヘルニア修復術 <input type="checkbox"/> 脳室腹腔シャント<br><input type="checkbox"/> アデノイド・扁桃摘出術 <input type="checkbox"/> 心臓弁置換術<br><input type="checkbox"/> その他(下記、現在の状況等に記載下さい) |  |  |
| ケ ア<br>(当てはまるものに<br><input type="checkbox"/> をお付け下さい)  | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器<br><input type="checkbox"/> 内服薬(利尿剤、降圧剤など) <input type="checkbox"/> 内服薬(抗けいれん剤)<br><input type="checkbox"/> 車椅子利用                                                                                                                                                    |  |  |
| かかりつけ病院<br>担当医                                         | <div style="text-align: center;">病院</div> <div style="text-align: right;">科</div>                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| 現在の状況等 ※病気発見のきっかけ、診断の経緯、診断の確定年齢、現在までの治療歴など             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |