

## 入会申込書

記入日 年 月 日

申込者住所	〒		
(ふりがな) 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 checked="" type="checkbox"/> をお付け下さい)		
(ふりがな) 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 (当てはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> をお付け下さい)	<input type="checkbox"/> 酵素補充療法 (開始時期:西暦 年 月 日 歳) <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植(開始時期:西暦 年 月 日 歳) <input type="checkbox"/> 角膜移植 <input type="checkbox"/> 気管切開 <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 <input type="checkbox"/> アデノイド・扁桃摘出術 <input type="checkbox"/> 心臓弁置換術 <input type="checkbox"/> その他(下記、現在の状況等に記載下さい)		
ケア (当てはまるものに <input checked="" 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 <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) <input type="checkbox"/> 車椅子利用		
かかりつけ病院 担当医	病院		科
診断確定年月日	西暦 年 月 日( 歳)		
現在の状況等 ※病気発見のきっかけ、診断の経緯、現在までの治療歴など			
入会金・年会費お支払	済 <input type="checkbox"/>	支払予定 <input type="checkbox"/>	(予定日 月 日)