令和　　　(２０　　　)年　　　月　　　日

**** ****奈良骨化症患者の会入会申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな**氏 名** |   |  職　　 業 | 会員番号（記入不要） |
|  |
| No. |
|  性　　別 |  1.男性  |  2.女性  |  令和　　 (20 )年 入会時の年齢　　　　　 歳 |
|  生年月日 |  1.昭和 | 2.平成 |  3.令和 |  4. |  年　　　月　　 日 |
|  区 分 |  1.患者本人　　2.家族が患者(続柄) |  3.賛助会員 |

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 |  〒 |
| 住 所 |  |
|  電話番号 |  | FAX番号 |  |
|  携帯番号 |  |
|  PC mail |  |
| 携帯mail |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病　　 名 | 1. 頚椎2. 胸椎3. 腰椎 | 1. 前縦靭帯骨化症 2. 黄色靭帯骨化症3. 後縦靭帯骨化症 | 特定医療受給者証 |  有 | 無 |
| 軽快者 未認定(未受診者含) |
| 骨化の場所 | 頚椎 1・2・3・4・5・6・7胸椎　1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12腰椎　1・2・3・4・5 |
|  その他の骨化場所 |  |

|  |
| --- |
|  主治医県・府　　　　 　　　市　　　　 　　　　　　　　　　　病院　科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師 |
| 手術日  |  予定 H・　　年　　月　　日 |  済　S・H・ 　　　　年　　　月　　　日 |
| 身体障害者手帳　　級 | 介護認定　自立(非該当)　要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 |
|  ※現在の症状・状況などご自由にお書きください |

**** 　　　　　　　 　　 　 ありがとうございました