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 | | | |

**C:\Users\Umemoto\Pictures\Resized\dd179d962ae1b6d6d7f8a291189c430f.jpg** 　　　　　　　 　　 　 ありがとうございました