

北海道IBD入会申込書

記入 年 月 日

ふりがな	(男・女)	生年月日	年 月 日	満 歳
患者氏名		生年月日	年 月 日	満 歳
職 業		患者が未成年の場合、もしくは患者本人以外が会の活動を行なう場合	保護者 または 家族氏名	
結 婚	未婚、既婚、		患者との続柄 ()	
郵便番号	〒	会費入会金振込日	年 月 日	
住 所	郵便が確実に届くように詳しく書いてください。			
電話番号		病気種別	* 潰瘍性大腸炎、* クローン病 どちらかに○	
携帯電話		発病年月	西暦 年 月	
e-mailアドレス		入院履歴	* 入院中 * 入院なし * 入院回数 回	
メール情報配信	希望する 希望しない	通院回数	月に 回	
ホームページ閲覧	自宅で可能 学校職場で可能 無理	主な症状	発病時	
健康保険 (どれかに○)	社保、国保、共済 健康保険 本人、家族	現在	現在	
特定疾患 (どれかに○)	手続き中 登録者証 あり、なし 受給者証 あり、なし、手続き中	医療機関	病院名	
身体障害	障害者手帳 なし、あり(級)、希望	障害年金	担当医の名前 科 先生	
			障害年金受給 なし、あり(級)、希望	

記入いただいた個人情報は北海道IBD並びに北海道難病連で相談、情報提供などの目的でのみ利用されます。

裏にも書くところがあります

氏名	
北海道IBDに望むこと	
北海道IBDに協力できること	
簡単な病歴	
要望・意見・困っていることなどを、自由にお書きください	