

# 北海道IBD入会申込書

No

記入 年 月 日  
会費振込 年 月 日

ふりかな 患者氏名	(男・女)	生年月日	西暦 年 月 日	満 歳
職 業		保護者 または 家族氏名	(患者が未成年の場合や家族が活動に参加する場合)	
郵便番号	〒		患者との続柄 ( )	
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		疾病種別	(どちらかに○) * 潰瘍性大腸炎、* クロウン病	
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	
主な症状	発病時	通院回数	月に 回	
	現在	健康保険	国保、共済、組合	
医療機関	( 市 町 )	どちらかに○	本人、家族	
	病院名	特定疾患	受給者証 あり、なし、	
	( 科 )	どちらかに○	手続き中、登録者証	
担当医の名前				
身体障害	障害者手帳 なし、あり( 級)、希望	障害年金	障害年金受給 なし、あり( 級)、希望	

簡単な病歴	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
友の会に望むこと	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
友の会に協力出来ること	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
困っていること 要望・意見 などを、自由に お書きください	<p>医療機関へ</p> <p>.....</p> <p>行政へ</p> <p>.....</p> <p>友の会へ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>