

*ご記入いただきましたデータは、友の会京都府支部の活動（事業案内や冊子の発送、アンケート調査、署名など）以外の目的には使用いたしません。

記入日 年 月 日

フリガナ			
患者氏名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 —		
電話	自宅	— —	
	FAX	<input type="checkbox"/> 同上 — —	
	携帯	— —	
E-mail	PC	@	
	スマホ 携帯	@	

*以下の項目の記入は、任意です。可能な範囲でご記入お願いいたします。

現在の状況	<input type="checkbox"/> 通院（ひとりで外出可） <input type="checkbox"/> 入院中
	在宅療養(<input type="checkbox"/> 外出はできない。 <input type="checkbox"/> 家族と一緒に外出が出来る)
病院名	病院
制度の認定	<input type="checkbox"/> 指定難病特定医療費受給 <input type="checkbox"/> 介護保険認定 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）
職業	<input type="checkbox"/> 社員・職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営・経営者
	<input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 専業主婦（夫） <input type="checkbox"/> その他（ ）
*簡単な病歴、今困っていること、会への要望など、ご記入ください。	

【*京都府支部記入欄】

登録	年 月 日	確認者
入金確認	年 月 日	