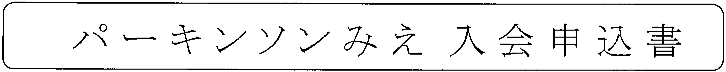
　　全国パーキンソン病友の会三重県支部

　　　〒515-2516　津市一志町田尻447 前川 昭 支部長宛

FAX ：059－293－1320

Mail：info-mie@jpda-mie.sakura.ne.jp

(送り先)



(以下申込者記入欄)

※印の欄は,必ず記入してください

(申込日) 　 年 　月 　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※ふ　り　が　な |  | | |
| * 患者氏名 |  | | |
| * 生年月日 | （大・昭・平）　　年　　月　　日　　　　歳 | | 男・女 |
| * 住　　所 | 〒　　　　－ | | |
| ※電話＆FAX  （携帯・パソコンのメール  アドレスがあれば教えて  ください。オンライン等  に使います） | 自宅固定 | 電話 ：  FAX ： | |
| 携　　帯 | 電話 ：  アドレス ： | |
| パソコンのメールアドレス | | |
| 職　　　　業 |  | | |
| * 現在の状況 | 通院中・入院中・在宅療養（寝たきり・車椅子・外出不可） | | |
| 病院名･主治医 | 病院　　　　　　　　　科　　　　　　先生 | | |
| かかりつけ医 | 病院　　　　　　　　　科　　　　　　先生 | | |
| * 介護家族名 | （氏名）　　　　　　　　　　　　　（続柄） | | |
| * 特定疾患認定 | あり　　　　　なし | | |
| * 介護保険利用 | あり　　　　　介護度 | | |
| * 身障者手帳 | 級 | | |
| 会費支払い者 | 本人 本人以外の場合　氏名　　　　　　（続柄） | | |
| 簡単な病歴､今困って  いること、会への要望等あれば書いてください。 |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| （ｲ固人情報は、内部資料･名簿作成･連絡以外に使用しません）　　　　2022.05.10修正 | | | |