会　員　名　簿　確　認　票（兼入会申込書）

記入日：　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女
氏 名	大・昭・平　年　月　日生
住所　〒　　－ 電話番号：　　－　　－　　ＦＡＸ：　　－　　－	
住所２　〒　　－　　□こちらを連絡先とする 電話番号：　　－　　－　　ＦＡＸ：　　－　　－	
保護者名	

病名・病型　○を付けてください

（Ⅰ）筋ジストロフィー

・デュシェンヌ型　・ベッカー型　・エメリ・ドレフュス型

・肢帯型
　1.重症・サルコグリカン異常症
　2.中等・軽症

・先天性筋ジストロフィー
　1.福山型
　2.非福山型

・遠位型ジストロフィー
　1.三好型
　2.空胞型

・顔面肩甲上腕型ジストロフィー　・ウエランダー型遠位型ジストロフィー　・筋強直性（筋緊張性）ジストロフィー

（Ⅱ）進行性筋萎縮症

・ウェルドニッヒ・ホフマン病　・クーゲルベルク・ウェランダー病　・脊髄性進行性筋萎縮症

・筋萎縮性側索硬化症（ＡＬＳ）　・シャルコー・マリー・トゥース病　・デジェリーヌ・ソッタ病

・先天性ミオパチー

・多発性筋炎　・その他の疾患（　　）　・不明・確定診断を受けていない

Q．専門医による定期診療を受けていますか？　・いる　・いない

Q．嚥下障害がありますか？　・いいえ　・はい(　　)

Q．呼吸障害がありますか？　・いいえ　・はい(　　)

Q．日常生活動作に支援が必要ですか？　・(常時、動作によっては)必要　・不要

Q．人工呼吸器を使用していますか？　・している　・していない

Q．気管切開をされていますか？　・している　・していない

◇◆◇　記入にあたって　◇◆◇

・住所、氏名、ﾌﾘｶﾞﾅ、生年月日は記入してください。選択肢の項目は丸を付けてください。（この項目は各会員の基礎データを正確に把握するためのものです）

・住所は住民票記載の住所をお書きください。連絡先や郵送先を別に希望される方は［住所 2］の欄に記入してください。（この項目は会員が東京都民であるかを確認するためのものです）

※賛助会員、OB･OG 会員、法人会員の方は以上までの記入で結構です。

・［保護者名］の欄は、会員が 20 才未満の場合、または、20 才以上で保護者の看護を要する状態にある場合に記入してください。

・［病名］、［質問］の欄は、会員構成や会の動態を把握するための重要なデータとなりますので、ぜひご記入ください。

―――　会への連絡・近況など　―――