

# 患者・家族会員申込書

記入日： 年 月 日

フリガナ

氏名： \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女

申込者：  患者本人  家族

生年月日： 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

\*患者ご本人の生年月日をご記入ください。

ご住所： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## \*病名：

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> COPD (肺気腫・慢性気管支炎)  | <input type="checkbox"/> 間質性肺炎 (肺線維症) |
| <input type="checkbox"/> 肺 MAC 症 (非結核性抗酸菌症) | <input type="checkbox"/> 結核後遺症        |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息              | <input type="checkbox"/> 肺癌           |
| <input type="checkbox"/> 気管支拡張症             | <input type="checkbox"/> 肺高血圧         |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )      |                                       |

\*その他の場合は病名をご記入ください。

## \*在宅酸素：

- 使用している  使用していない  NPP (鼻マスク式人工呼吸器)

## \*在宅酸素使用量 (労作時)：

- 1リットル  2リットル  3リットル  4リットル  
 5リットル以上

\*喫煙歴： \_\_\_\_\_ 年 (すでに禁煙済みの方は過去に喫煙していた期間をお答えください。)

\*1日あたりの喫煙本数： \_\_\_\_\_ 本

\*ひとり暮らしですか？  はい  いいえ

## \*当センターを知ったきっかけは？

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医師に紹介されて      | <input type="checkbox"/> 病院で新聞を読んで |
| <input type="checkbox"/> インターネットで      | <input type="checkbox"/> 会員からの紹介   |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                                    |

振込方法：  郵便局の窓口で  銀行口座に振込み  クレジットカード決済

