

特定非営利活動法人ALDの未来を考える会／A-Future 入会申込書

■資料・ご案内の送付先になりますので、太枠内はもれなくご記入ください。

記入日：西暦 年 月 日

会員氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> ()
会員区分	<input type="checkbox"/> 正会員 (5,000円/1口・年)	申込口数：	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 個人賛助会員 (3,000円/1口・年)	申込口数：	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 団体賛助会員 (10,000円/1口・年)	申込口数：	<input type="checkbox"/>
患者との続柄	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 理事/スタッフの知人 <input type="checkbox"/> 一般(患者とは関わりがない)		
住所	〒 都・県・府・県		
電話番号	固定電話：	携帯電話：	
FAX番号			
メールアドレス/PC			
メールアドレス/携帯			
当会を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> イベント参加 <input type="checkbox"/> A-FutureのHP/SNS <input type="checkbox"/> 他団体のHP/SNS <input type="checkbox"/> 個人のHP/SNS <input type="checkbox"/> 医療関係者からの紹介 <input type="checkbox"/> 医療関係者以外からの紹介 <input type="checkbox"/> 他()		

■裏面の「個人情報保護指針」をお読みいただき、にチェックしてください。

個人情報の取扱いについて (同意する ・ 同意しない) 。

■患者・家族の方は下記項目もご記入ください

患者氏名	フリガナ	生年月日	西暦 年 月 日					
初発の情報	初発症状 (変化がみられたもの)	<input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> 知能 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 歩き方 <input type="checkbox"/> 運動能力 <input type="checkbox"/> 感覚 <input type="checkbox"/> 自律神経 <input type="checkbox"/> 副腎不全症状 <input type="checkbox"/> 他()						
	初発時期	西暦 年 月 頃						
	初発時の診断名	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALD以外()						
ALDの確定診断	診断された病型分類	<input type="checkbox"/> 小児大脳型 <input type="checkbox"/> 思春期大脳型 <input type="checkbox"/> 成人大脳型 <input type="checkbox"/> AMN <input type="checkbox"/> 小脳・脳幹型 <input type="checkbox"/> アジソン型 <input type="checkbox"/> 女性発症者 <input type="checkbox"/> 未発症(キャリア) <input type="checkbox"/> 未診断 <input type="checkbox"/> 不明						
	診断時期	西暦 年 月 頃						
	診断された医療機関名							
	診断された診療科名							
移植の情報	移植経験の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 待機中						
	移植の種類	<input type="checkbox"/> 臍帯血移植(血縁) <input type="checkbox"/> 臍帯血移植(非血縁) <input type="checkbox"/> 骨髄移植(血縁) <input type="checkbox"/> 骨髄移植(非血縁) <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞移植(血縁) <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞移植(非血縁)						
	ドナー情報(血縁の場合)	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 甥/姪 <input type="checkbox"/> 伯父母/叔父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 他()						
	移植の時期	西暦 年 月 頃						
	移植を受けた/受ける医療機関	医療機関名称：	医師名：					
現在の情報	現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅(同居) <input type="checkbox"/> 在宅(別居) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 死別						
	現在の主な症状	<input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> 知能 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 歩き方 <input type="checkbox"/> 運動能力 <input type="checkbox"/> 感覚 <input type="checkbox"/> 自律神経 <input type="checkbox"/> 副腎不全症状 <input type="checkbox"/> 他()						
	歩行/移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	排泄/トイレ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 不明				
	聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 不明	意思伝達	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 機器等使用 <input type="checkbox"/> 不可				
	合併症(その他治療中の病気)							
	通院中の医療機関	主治医	医療機関名称：	医師名：				
		定期検査	医療機関名称：	医師名：				
		療育	医療機関名称：	医師名：				
	通院で困っていること							
患者本人からみた家族構成	フリガナ	姓	名	生年月日	フリガナ	姓	名	生年月日
	配偶者			月 年 日	こども			月 年 日
	フリガナ			月 年 日	フリガナ			月 年 日
	父			月 年 日	母			月 年 日
	フリガナ			月 年 日	フリガナ			月 年 日
	きょうだい①	(兄・姉・弟・妹)		月 年 日	きょうだい②	(兄・姉・弟・妹)		月 年 日
	フリガナ			月 年 日	フリガナ			月 年 日
きょうだい③	(兄・姉・弟・妹)		月 年 日	他	(続柄:)		月 年 日	

上記項目は、会員資料として算出した割合等を統計に使用することがあります。