

FAX: 06-6697-6256 大阪OLL友の会会長殿

大阪脊柱靱帯骨化症友の会(大阪OPLL友の会)入会申込書

友の会使用欄

承諾	入金確認	広報担当に連絡	名簿に追加	

貴会の規約に合意し、年会費の送付手続きをして、入会を申し込みます。

申し込み日	年 月 日					
氏名			ふりがな			
性別	1 男	2 女	同居ご家族 あり・なし	兄弟姉妹 あり・なし		
生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年 月 日	歳
会員区分	1 患者本人	2 家族	3 賛助会員			

郵便番号	〒		
住所			
電話番号	FAX	携帯	
E-メール			

病名 (○をつける)	頸椎	胸椎	腰椎	後縦靱帯骨化症	黄色靱帯骨化症	前縦靱帯骨化症
何番目の骨に症状があると聞いておられますか？						
症状(できるだけ書いてください)						
歩行・移動: 歩けない・あるきづらい・ひきつる・階段上り下り不自由・ 自立・一部介助・全介助						
手指: 字がうまく書けない・箸不自由・ボタンかけ不自由・						
痛い(どこが ) しびれる(どこが )						
ご兄弟(姉妹)の方も 同じような症状で悩んでおられますか? 同じような症状・元気						

現在かかっている病院名				
市		病院		科
手術	未	予定 ( 年 月 先生)	実施済み( 年 月 先生)	
市		病院		科

介護認定 あり・無し 介護度: 非該当・要支援1・要支援2 要介護1.2.3.4.5

年会費は 4月から翌年3月まで 3600円です。途中入会は月割り(申し込み月から。300円/月)で納めてください。  
 郵便振込口座番号は00940 - 8 - 39457です。口座名義 大阪脊柱靱帯骨化症友の会 です。  
 〒558-0011 大阪市住吉区苅田6-17-8 大阪脊柱靱帯骨化症友の会会長 中岡 甫 TEL 06-6697-6256