

## HAM 患者登録センター 登録票

記入日	西暦	年	月	日
氏名	姓	名		
ふりがな				
生年月日	西暦	年	月	日
性別 ( ) に○	男性 ( )	女性 ( )		
住所	〒	都道府県		
電話番号				自宅・職場
電話番号				携帯
FAX 番号				自宅・職場
連絡可能日程 都合の良い所に○	平日 (午前・午後)	土日祝 (午前・午後)	その他 ( )	
メールアドレス				パソコン・携帯
HAM について	診断されたのはいつ頃ですか。以下いずれかでご回答ください。			
	西暦	年	月頃・	年前くらい
	診断された医療機関名			
既往歴	これまでにかかった事のある病気についてご記載下さい			
これまでの治療	HAM の治療としてこれまでに受けた治療をお答えください。			
	西暦 年 月から：			
	現在の治療内容：			
合併症の有無	以下の病気を併発している場合は○で囲って下さい { 褥瘡(じょくそう)・ぶどう膜炎・肺の病変・筋炎 }			
	その他：			

\*\*\*\*\*

## 登録センター記載欄

	受領日	電話調査日	データ入力日
年月日			
担当者名			