**HAL適用拡大調査項目**

**【　提　出　先　】**

本部事務局FAX　：03-3234-9156　又は事務局メール　：jalsa@jade.dti.ne.jp

**【　項　目　】**

１．(必須)お名前（ALS協会会員の場合は会員番号でも可）

〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

２．（必須）電話番号又はメールアドレス

〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

３．（必須）患者さんの身長と満年齢（記載日）

身長〔　　　　　　　　　　　〕　　満年齢（　　　　　　　　　　　〕

４．（任意）現在の状況（おおよそ該当する状態を記号でお示しください。

〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

（a）： bより良い歩行レベルで、歩行補助具がなくても安全に実用的に歩行可能

（ｂ）： 歩行補助具（杖、歩行器など）を使うと何とか10m歩行できる

（ｃ）： ほぼ車椅子またはベッド上の生活だが、立位や歩行リハビリを何とか行っている、または行いうる。

（ｄ）： ほぼ寝たきり状態だが、立位・歩行リハビリなどを試みている。

（e）： dよりさらに悪い寝たきり状態。

５．（任意）その他何かありましたら

〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕