会　員　登　録　票　＊１

全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会（ＢＹＡ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記載日 | 西暦 | 年　　　月　　日 |
| 氏名　　　　　　＊２ | ふりがな |  |
| 漢字 |  |
| 区分 | 患者本人　家族等　支援者他 |
| メールアドレス　＊３  （正確にご記入下さい） | ＰＣ |  |
| モバイル |  |
| 電話　　　　　　＊４ | 携帯 or 固定 |  |
| 住所　　　　　　＊５ | 郵便番号 |  |
| 都道府県 |  |
| 住所 |  |
| ベンゾジアゼピンの種類と期間　　　　＊６ | 種類 |  |
| 期間 |  |
| 診療録と診断書　＊７  **ベンゾジアゼピン副作用との医師の診断書** | 診療録 | 有　　　　無 |
| 診断書 | 有　　　　無 |
| ベンゾジアゼピン副作用の治療機関　　＊８ | 医療機関名 |  |
| 医師名 |  |
| ＢＹＡの活動に対するご意見・ご提案・ご要望  （多い場合、別紙にご記入ください）＊９ |  | |

＊１　**登録票の個人情報は代表者が厳格に管理し、薬害救済を目的とするＢＹＡの活動以外には使用しません。また、会員登録費及び会費は不要です。**

＊２　氏名について、郵便等による連絡時に必要なため、可能な限り、実名でお願いします。また、区分を□で囲んでください。

＊３　メールアドレスについて、資料を含むメールは、原則、受信容量制限のないＰＣ用アドレスへ送付しますので、ＰＣ用があればご記入ください。　アドレスはアドレス帳からコピーするなど、正確にご記入ください。

＊４　電話は、携帯又は固定の区別を□で囲み、番号をご記入ください。

＊５　住所は、郵便等の連絡に使用しますので、郵送希望の方はご記入ください。住所を記入できない場合、都道府県名のみでもご記入ください。

＊６　服用されたベンゾジアゼピンの薬品名（又は商品名）を記載してください。その服用期間もわかる範囲でご記入ください。多い場合、別紙へ記入。

＊７　あなた自身のBZD服用の診療録（複写）の所有の有無、**ベンゾジアゼピンの副作用に関する医師の診断書の有無をご記入ください**。

＊８　あなたがベンゾジアゼピン副作用の治療を受け、適正な診断と治療を受けることができた医療機関があれば、医療機関名と医師名をご記入下さい。

＊９　ＢＹＡ活動に対するご意見・ご提案・ご要望等を自由にご記入ください。また、会員相互に提供できる有用な情報等があれば、教えてください。

【別紙】追加の自由記入欄