

送信FAX番号：075-275-7431

※FAX番号の押し間違えにご注意ください!!

令和 年 月 日

宇多野病院

地域医療連携室 宛

〒616-8255

京都市右京区鳴滝音戸山町8

TEL 075-461-5152（直通）

FAX受付時間：月～金 8：30～17：00

平日17時以降、土日祝の受付分についてのご連絡は、
平日になります。

HAL®ご利用予定患者さん事前受付票

- 疾患名：
☐ 脊髄性筋萎縮症 ☐ 遠位型ミオパチー ☐ 球脊髄性筋萎縮症
☐ 封入体筋炎 ☐ 筋萎縮性側索硬化症 ☐ 先天性ミオパチー
☐ シャルコー・マリー・トゥース病 ☐ 筋ジストロフィー
☐ HTLV-1 関連脊髄炎 ☐ 遺伝性痙性対麻痺

HAL®医療用下肢タイプは、神経難病患者などにおける起立動作・歩行障害の改善を目的としています。現在、保険診療での適用が認められているのは緩徐進行性の神経・筋疾患であり、上記の10疾患と診断され、特定医療費（特定難病）受給者証をお持ちの方に限られます。

- 現状：
☐ 身長150～180cm程度 ☐ 体重100kg以下
☐ 歩行可能（介助歩行、補助具使用でも可）

- 受診希望日：
（第一希望） 令和 年 月 日
（第二希望） 令和 年 月 日

<患者さんの基本情報>

フリガナ		生 年 月 日		男・女
氏 名		大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）		
電話番号		当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明	
患者さんは貴院に（ 外来通院中／入院中 ）		※入院中の場合は、事務担当者をご記入ください。 （部署） （担当者名）		

<紹介目的>

--

<貴院の情報>

名 称			
住 所			
電話番号		FAX番号	
主治医	先生	担当者	

令和8年9月14日更新