

名前(ふりがな)

生年月日

年 月 日生まれ

血液型

A・O・B・AB Rh (+ / -)

緊急連絡先・続柄

住所

電話番号

病院名

診療科

所在地

電話番号

病院 URL・メールアドレス

主治医名

担当医名 (神経内科)

眼筋型

全身型

抗体の有無

抗アセチルコリン受容体 (AChR)

抗 MuSK 抗体 (マスク)

抗体不明 もしくは未検出

体の状態と治療歴

胸腺腫

手術歴： 年 月

クリーゼ歴： 年 月

入院歴： 年 月

ステロイドパルス： 年 月

免疫グロブリン療法： 年 月

血漿交換： 年 月

ソリリス： 年 月

その他の医療機関

服用薬

特記事項 (アレルギー・合併症など)