



انجمن حمایت از  
مبتلایان به دیستروفی

## فرم عضویت انجمن دیستروفی ایران

Iran Muscular Dystrophy Association (IMDA)

الف) مشخصات فردی  
نام و نام خانوادگی: نام پدر: نام مادر: جنسیت:  
تاریخ تولد: محل تولد: میزان تحصیلات: رشته تحصیلی:  
شغل: ایمیل (Email): آدرس محل سکونت: تعداد خواهر و برادر:  
شماره تلفن ثابت: شماره تلفن همراه: شغل پدر: شغل مادر: وضعیت تاهل:

ب) سابقه بیماری  
اعضای خانواده درجه اول مبتلا به این بیماری نام و نام خانوادگی:  
عضویت در انجمن: بلی  خیر   
اعضای خانواده درجه دوم مبتلا به این بیماری نام و نام خانوادگی:  
عضویت در انجمن: بلی  خیر   
نسبت مادر و پدر:

ج) تشخیص و درمان  
سن شروع بیمار: نوع تشخیص داده شده بیماری:  
وسایل کمک حرکتی: نوع آزمایش های موجود:  
داروهای مصرفی:  
نام و تخصص پزشک معالج:  
نام مرکز فیزیوتراپی و تعداد دفعات کاردرمانی در هفته:

د) خدمات و حمایت ها  
شماره پرونده بهزیستی:  
شماره پرونده کمیته امداد:  
نام و شماره بیمه پایه:  
نام بیمه مکمل:

ه) همکاری با انجمن  
در چه زمینه هایی مایل به همکاری با انجمن هستید:  
چه انتظاراتی از انجمن دارید: