



日本脳卒中協会「脳卒中なんでも相談」行

FAX:082-505-0490

送信日: 年 月 日

ご芳名:

よりよい回答をお送りするために、下記へご記入いただきご送信ください。

ご記入できる範囲で構いませんので、ご協力をお願い申し上げます。

★ 当てはまるものに○をおつけください。

あなた様について	相談対象者(患者)ご本人・相談対象者(患者)の配偶者・ご家族 ご友人・医療関係者・その他()		
どちらにお住まいですか?			
相談対象の方の性別は どちらですか?	男性・女性	相談対象の方の年齢は おいくつですか?	歳
脳卒中のタイプは どれですか?	脳梗塞・TIA・無症候性脳梗塞・くも膜下出血・脳出血 種類不明の脳卒中・発症なし・他の疾患や外傷・わからない		
この窓口をお知りになった のは次のうちどれですか?	新聞・テレビ・ラジオ・インターネット・問い合わせ・会員 会報など冊子を見て・その他()		

★ ご相談・ご質問を下の欄にお書き下さい。返信先を必ずご記入下さいますようお願いいたします。

返信先FAX番号: ()	電話番号: ()