

2024/10/9 のぞみの会交流会（福岡） 参加申込み用紙

メール： psp-contact@googlegroups.com

FAX： 050-3488-1014

お名前 _____

のぞみの会の会員ですか はい いいえ

お住まいの市区町村名 _____

電話番号（できれば携帯電話の番号） _____

参加人数 _____ 名

立場を教えてください（複数選択可）

進行性核上性麻痺の 患者 家族 遺族

大脳皮質基底核変性症の 患者 家族 遺族

医療福祉関係者

当日話したいことや聞きたいことがあればチェックをして下さい（複数選択可）

病院とのかかわり方について

自宅での過ごし方について（訪問医療・看護・介護など）

施設利用について（デイサービスなど含む）

転倒について

リハビリやマッサージについて

食事と栄養、嚥下について

胃ろう などについて

コミュニケーションについて

患者さん本人や家族の頑張り、楽しみについて

その他（下記にお書きください）