202５年５月２５日　のぞみの会 東北地区交流会（名取市）

参加申込み用紙

**電話・ＦＡＸ 　０５０－３４８８－１０１４**

**メール　　　　　 psp-contact@googlegroups.com**

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、聞きたいことに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)

**一般社団法人PSP・CBDのぞみの会　東北地区世話人　澤田**