

2025/7/4 のぞみの会交流会(北九州) 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)