

# 2026/3/14 のぞみの会交流会（沖縄） 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）

