

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）