



日本脳卒中協会愛知県支部
「脳卒中なんでも相談室」行
FAX : 052-951-0664

送信日： 年 月 日

ご氏名： _____

ご記入できる範囲でかまいませんので、下記の質問にご記入いただいた上で、ご相談・ご質問内容をお書きください。回答の参考にさせていただきます。

_____の部分にご記入、あるいは 当てはまる項目に○をつけてください。

記入者は？ 患者さん本人、患者さんの配偶者、その他の御家族、ご友人、その他（ ）

ご住所は？ _____

相談対象の方の年齢・性別は？ _____歳、 男性・女性

脳卒中のタイプはどれですか？：脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・一過性脳虚血発作・無症候性脳梗塞・分類不明の脳卒中・脳卒中ではない・不明・その他の御病気（ ）

必ず返信先ファックス番号をお書きの上、ご相談・ご質問をお書きください。

返信ファックス番号： — —
