

送信日 年 月 日

FAXあて先: FAX番号

様

大阪脊柱靭帯骨化症友の会です。お問い合わせ内容についてご回答ください

大阪脊柱靭帯骨化症友の会(大阪OPLL友の会 相談内容記入シート)

FAX 06 - 6697 - 6256 大阪脊柱靭帯骨化症友の会宛

友の会使用欄

受信日・人	連絡日時	対応内容

下記内容について相談いたします

相談日	年 月 日				
氏名				ふりがな	
性別	1 男	2 女			
生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年 月 日
区分	1 患者本人	2 家族	3 賛助会員	4 未加入	

郵便番号	〒				
住所					
電話番号				ファックス	
E-メール					

病名 (○をつける)	頸椎	胸椎	腰椎	後縦靭帯骨化症	黄色靭帯骨化症	前縦靭帯骨化症
------------	----	----	----	---------	---------	---------

何番目の骨に症状があると聞いておられますか？

相談内容 (治療関係の相談の場合は症状をできるだけ詳しく書いてください)

現在かかっている病院名					
市	病院	科	先生		
手術	未	予定 (年 月 先生)	実施済み(年 月 先生)		
市		病院		科	