

第3回 先天代謝異常症患者会フォーラム

【会場参加者用 参加申込書】

日時：2014年11月9日（日）10：00～16：00

場所：TKP ガーデンシティ品川 ボールルームイースト

下記の必要事項をご記入いただき、事務局までお送りください。***は必須事項です。**
FAX／メール／郵送、いずれの方法でも可能です。

*お名前		ふりがな
*ご所属		(所属機関名／患者家族会名)
ご連絡先	お電話番号	— () —
	*e-mail	@
昼食【意見交換会】ラウンドテーブルディスカッションの希望テーマ		
<ul style="list-style-type: none">● テーブルごとに決められたテーマについて、参加者同士で話し合います。● ご希望のテーマの番号をお書きください。3つまで選択可能です。● 参加者が集中する場合は、早めに締め切らせていただく場合がございます。		
第1希望：() 第2希望：() 第3希望：()		
1.専門医との出会い方・主治医との付き合い方 2.複数の診療科間の連携・チーム医療 3.日常生活・介護 4.診断と治療、スクリーニング(疾患名:) 5.就学・就労(自立を目指す成人患者の生活の悩み) 6.医療費助成・公的支援 7.食事療法 8.家族や周囲からの理解、サポート 9.本人への病気の伝え方 10.次の子やきょうだいの悩み 11.患者会活動 12.その他(直接ご記入ください:)		

*ご記入いただきましたメールアドレスに登録完了のお知らせをお送りします。

【送り先】先天代謝異常症患者会フォーラム事務局
FAX／メール／郵送、いずれの方法でも可能です。

先天代謝異常症患者会フォーラム事務局

担当：徐 朱玟(そ じゅひょん)

二階堂 麻莉(にかいどう まり)

(独)国立成育医療研究センター 臨床検査部

〒157-8535 東京都世田谷区大蔵 2-10-1

TEL:03-3416-0181(内線7736) FAX:03-6734-1946

E-mail:jasmin-mcbank@ncchd.go.jp