JSA	日本脳卒中協会「脳卒中なんでも相談」行	送信日：　　年　　月　　日 ご芳名：

よりよい回答をお送りするために、下記へご記入いただきご送信ください。
ご記入できる範囲で構いませんので、ご協力をお願い申し上げます。

☆当てはまるものに〇をおつけください

あなた様について	相談対象者（患者）ご本人 ・ 相談対象者（患者）の配偶者・ 他のご家族 ・ ご友人 ・ 医療関係者 ・ その他（　　）		
どちらにお住まいですか?			
相談対象の方の性別はどちらですか？	男性　・　女性	相談対象の方の年齢はおいくつですか？	歳
脳卒中のタイプはどれですか？	脳梗塞 ・ TIA ・無症候性脳梗塞 ・くも膜下出血 ・ 脳出血 ・ 種類不明の脳卒中 ・ 発症なし ・ 他の疾患や外傷 ・ わからない		
この相談窓口をお知りになったのは次のうちどれですか？	新聞　・　テレビ　・　ラジオ　・　インターネット 問い合わせて　・　会員　・会報など冊子をみて その他（　　）		

☆ご相談・ご質問を下の欄にお書き下さい。返信先を必ずご記入下さいますようお願いします。

返信先ファクス番号：　　（　　）　　電話番号　　（　　）