

F A X 相 談 票

全腎協相談室 03-5395-2831

相 談 者	氏 名				
	相談者分類	患者本人 ・ 家 族 ・ その他 ()			
	電 話 番 号	()	F A X 番 号	()	
	住 所	〒			
患 者	居 住 地	都道府県	年 齢	才 (生年月日: 生)	男・女
	治療種別	腎炎 ・ 血液透析 ・ 腹膜透析 ・ 移植 ・ その他 ()			
	患者会との関係	会 員 ・ 非会員 ・ その他 ()			
相 談 種 別	<input type="checkbox"/> 医 療 (症状についての診断名等も添えて下さい。)				
	<input type="checkbox"/> 年 金 (障害年金については年金加入歴・病歴を添えて下さい。)				
	<input type="checkbox"/> 制度全般 <input type="checkbox"/> 就 労 <input type="checkbox"/> 食 事 <input type="checkbox"/> 通 院 <input type="checkbox"/> その他				
相談内容					