

送信日 年 月 日

FAXあて先: FAX番号

様

大阪後縦靱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

### 大阪後縦靱帯骨化症友の会(大阪OPLL友の会)相談内容記入シート

FAX 06-6697-6256 大阪後縦靱帯骨化症友の会宛

友の会対応内容

受信日・人	連絡日時

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	後縦靱帯骨化症	黄色靱帯骨化症	前縦靱帯骨化症
------------	----	----	----	---------	---------	---------

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