

2023 年度 前期 きょうと摂食障害家族教室 参加申込書

フリガナ	
患者様氏名	
患者様生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
通院先医療機関名 (通院されている場合)	
患者様の現在の症状 (○で囲んでください)	拒食 (嘔吐なし) ・ 拒食 (嘔吐あり) 過食 (嘔吐なし) ・ 過食 (嘔吐あり) その他 () ※症状については、交流会のグループ分けのためにお伺いさせて いただいております。
フリガナ	
参加者氏名	
参加者住所	〒
患者様との関係 (○で囲んでください)	父 ・ 母 ・ その他 ()
参加者電話番号 E-mail	TEL : E-mail: ※日程や開催場所の変更など、ご連絡が必要な可能性がありますので、連絡先は必ずご記入いただくようお願いいたします。
希望する参加方法	現地会場参加 ・ オンライン
申込日	令和 年 月 日
家族教室を知った きっかけ (○で囲んでください)	紹介された (紹介元:) ホームページを見た その他 ()