

小児四肢疼痛発作症と診断されている患者様・その保護者様へ

Googleフォームによる、アンケートご協力のお願い



1) 以下のURLをクリック、もしくはQRコードを読み取ってください。

患者さん（18歳まで）用

<https://forms.gle/9iUzewVWQfMhY6PQ7>



保護者様用

<https://forms.gle/fZ8WVg65dqHWnzZL8>



2) **施設番号**は、わからない場合は直接施設名をご記入ください。

家系番号は、主治医の先生からお伝えいただいた数字をご記載ください。

すでに通院されていない場合は、空白で結構です。

3) 患者さんの回答：ご入力は、患者さん1名につき1回答です。

（例：兄弟二人に症状があるときはそれぞれで回答）

患者さんがお一人で回答できないときは保護者様が代理でご入力。

保護者様用は、おひとりにつき1回答でお願いします。（複数の患児がいても）

4) 参加を撤回される場合は、以下からご入力ください。

同意撤回フォーム

<https://forms.gle/DFxkJ8suitP2pgsJ9>



お手数をおかけいたします。ご不明な点はいつでもご連絡ください。

連絡先；秋田大学小児科医局 pediatr@med.akita-u.ac.jp

Tel 018-884-6159 Fax 018-836-2620

小児四肢疼痛発作症研究班サイト <https://www.med.akita-u.ac.jp/~ielp/index.html>

