

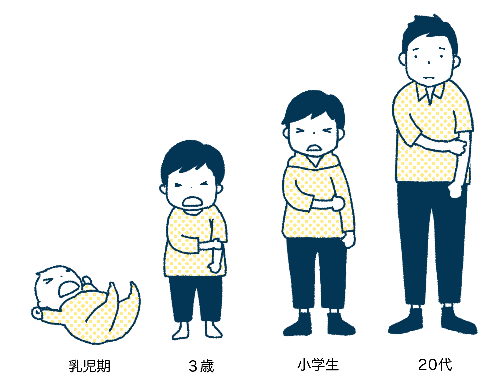
＜お問い合わせ＞

下記の内容にご回答の上、メールに添付してご送信ください。

返信に時間を要することがございますが、ご了承ください。

１）お名前　【必須】　　（　　　　　　　　　　　　　　　）

２）メールアドレス　【必須】　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）



３）居住地　【必須】　　※都道府県名で可。　　（　　　　　　　　　　　　　　　）

４）症状がある方との関係　【必須】

□　本人　　　□　父　　　□　母　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

５）症状がある方の年齢　【必須】　　　　（　　　　　）歳

６）発症時期　【必須】

□　0−5ヶ月　　　□　6−11ヶ月　　　□　1歳台　　　□　2歳台　　　□　3歳台　　　□　4歳台

□　5歳台　　　　 □　６−8歳　　　　□　９歳以上

７）痛みの箇所　【必須】　　【複数回答可】

□　手　　　□　腕　　　□　肩　　　□　足　　　□　股関節　　　□　首　　　□　背中　　　□　腰

　　　※特に痛みを感じる箇所：（　　　　　　　　　　　　　　　）

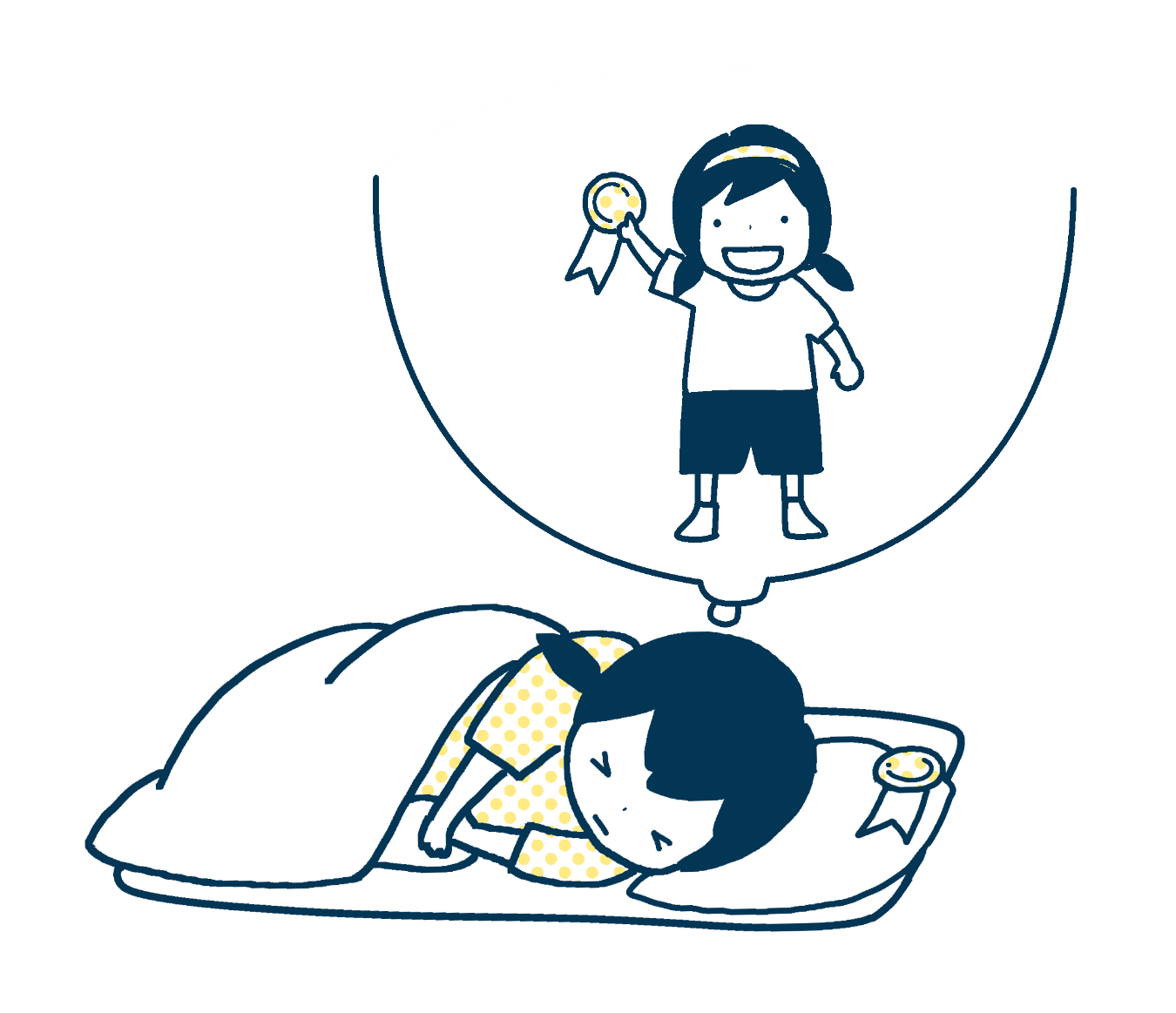
８）繰り返す痛み　【必須】

　　　□　あり　　　□　なし

　　　※「あり」と答えた方　…　月に3回以上、3か月以上続いている　　　　　　　　□　はい　　□　いいえ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　日常生活に支障をきたしている（睡眠障害など）　 □　はい　　□　いいえ

９）痛みの原因と考えられること　　【複数回答可】

　　　□　寒冷　　　□　低気圧　　　□　悪天候　　　□　疲労

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

10）家族内での同様の症状がある方

　　□　いる　　　　□　いない

　　※「いる」と答えた方　　【複数回答可】

　　　　　　　□　父　　　□　母　　　□　祖父　　　□　祖母　　　□　叔父　　　□　叔母　　　□　兄弟・姉妹

　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）



　　　　　　　□　父方の家系に多い　　　□　母方の家系に多い

11）その他、上記以外に相談したいことや聞きたいこと（自由記載欄）

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）