

難病治療開発機構

線維筋痛症でお悩みの方は下記必要事項に記載していただき、メールまたはFAXにてお送りください。

Mail: info@jmr-f-nanbyou.or.jp

FAX: 03-3580-8533

送信日	平成 年 月 日 ()				
患者様お名前	ふりがな 様	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 歳	男・女
患者様ご住所	〒 都・道・府・県 郡・市 区				
患者様ご連絡先	電話	FAX			
	メールアドレス				
現在受診されている医療機関名					
現在の症状・ きっかけ(原因)・ 発症時期・お薬等を わかる範囲で ご記入ください					