

必要事項をご記入・チェックを入れ、 **FAX : 042-742-7990** までご送付ください。

あなたは、患者様または一般の方ですか？ 医療関係者ですか？	<input type="checkbox"/> 患者	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 医療関係者
性別は？	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
該当する年齢は？	<input type="checkbox"/> 10歳未満 <input type="checkbox"/> 10～19歳 <input type="checkbox"/> 20～29歳 <input type="checkbox"/> 30～39歳	<input type="checkbox"/> 40～49歳 <input type="checkbox"/> 50～59歳 <input type="checkbox"/> 60～69歳 <input type="checkbox"/> 70歳以上	
お問合せの項目は？	<input type="checkbox"/> アスピリン喘息（NSAIDsによる喘息） <input type="checkbox"/> NSAIDsによる蕁麻疹と血管浮腫		

お問合せの内容を明記してください。

該当する箇所の項目について、明記してください。

患者様および一般の方

お名前	
ご住所	
電話番号	返信先のFAX番号

医療関係者の方

お名前	ご住所
所属機関名	電話番号
所属	返信先のFAX番号