

# 医療及び家族相談会

## こんな悩みをお持ちの方はいませんか？

- ★ 家族、近親者が脳卒中、事故などにより脳に損傷を受けて入院中だが、後遺症が心配。
- ★ 身体や脳のリハビリをしているが、この先、地域や家庭でどうしていいのかわからない。
- ★ 高次脳機能障害の改善に向けての医療やリハビリについて、聞いてみたい。
- ★ 高次脳機能障害者をもつ家族たちの歩んできた話を聞いてみたいが、その機会がない。

## 医師や家族会の人達と話をしてみませんか？

- ★ 高次脳機能障害に精通した医師と、改善に向けての治療やリハビリについて、相談できます。
- ★ 高次脳機能障害という障害名がない時代から、多くの苦勞を乗り越えてきた経験を活かして、当事者を家族に持つTKKの仲間たちも相談員となり、話し合いや情報交換ができる場です。
- ★ 退院後のQOL、生活の組み立て、社会復帰や修学・就労、様々な障害補償や事故被害賠償解決への糸口など、人生の再構築に向けて、皆様と共に語り合しましょう。

\* 下記は日程表です。どの日程も、医師及びTKK家族たちが相談員をいたします。

| 回     | 日時(曜日)    | 時間          | 会場               |
|-------|-----------|-------------|------------------|
| 平成26年 |           |             |                  |
| 1     | 6月22日(日)  | 13:30~16:30 | 慈恵第3病院 2階会議室     |
| 2     | 7月20日(日)  | 同上          | 都心障センター 地下1階 会議室 |
| 3     | 9月28日(日)  | 同上          | 慈恵第3病院 2階会議室     |
| 4     | 10月12日(日) | 同上          | 都心障センター 地下1階 会議室 |
| 5     | 11月9日(日)  | 同上          | 慈恵第3病院 2階会議室     |
| 平成27年 |           |             |                  |
| 6     | 1月18日(日)  | 13:30~16:30 | 慈恵第3病院 2階会議室     |
| 7     | 2月22日(日)  | 同上          | 都心障センター 地下1階 会議室 |
| 8     | 3月22日(日)  | 同上          | 慈恵第3病院 2階会議室     |

\* この「医療及び家族相談会」は、行政サービスを中心とした相談会ではありません。

\* 定員：各回とも、相談件数 **4** 件以内 (ご家族、当事者、関係者、ご一緒にどうぞ !!)

\* 費用：無料

\* 申込(問合せ)先：電話は **090-1734-5114** (担当：蔵方)

E-mail は **kurakata@brain-tkk.com** (担当：蔵方)

\* 申し込み方法や、会場へのアクセスについては、裏面をご参照ください。

主催：NPO法人東京高次脳機能障害協議会 (TKK)

事務局：〒107-0062 東京都港区南青山 4-9-20 TEL/FAX: 03-3408-3798

協力：東京慈恵会医科大学附属第三病院 (慈恵第3病院)  
東京都心身障害者福祉センター (都心障センター)

**東京慈恵会医科大学附属第三病院**

(6/22、9/28、11/9、1/18、3/22)

東京都狛江市和泉本町 4-11-1



**東京都心身障害者福祉センター (7/20、10/12、2/22)**

東京都新宿区戸山三丁目 17 番 2 号



**< 医療及び家族相談会 — 申し込み方法 — >**

まず、**090-1734-5114 (蔵方)** にお電話ください。空き情報をお知らせします。その後、下記のように**(1) 参加希望日・(2) 申し込み者について**などを、メール画面にご入力の上、**kurakata@brain-tkk.com** に送信して下さい。又は、お手持ちの用紙にご記入の上、**ファックス** でお送りください。

→→→→→ 申し込むための**ファックス**番号は、お電話を頂いた際にお知らせします。←←←←←

|                             | 平成26年                      | 平成27年                     |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| (1) 参加希望日<br>ご希望の日を選んでください。 | ① <b>6月22日(日)</b> 慈恵第三病院   | ⑥ <b>1月18日(日)</b> 慈恵第三病院  |
|                             | ② <b>7月20日(日)</b> 都心障センター  | ⑦ <b>2月22日(日)</b> 都心障センター |
|                             | ③ <b>9月28日(日)</b> 慈恵第三病院   | ⑧ <b>3月22日(日)</b> 慈恵第三病院  |
|                             | ④ <b>10月12日(日)</b> 都心障センター |                           |
|                             | ⑤ <b>11月 9日(日)</b> 慈恵第三病院  |                           |

**(2) 申込み者の方は、下記の項目についてご記入ください。**

① お名前(フリガナをお願いします)・郵便番号・住所・電話・ファックス・E-mail アドレス

② 当事者(高次脳機能障害をお持ちの方)とのご関係(例えば、父・母・夫・妻・子・兄弟姉妹など)

…以下については、お差し支えない範囲でご記入下さい。……………

③ 当事者について：年齢・性別・原因(病気、事故など、その時期)・現在までの過ごし方

④ 当事者のことで今一番困っていること