

2019年度TKK高次脳機能障害相談支援事業

## 医療及び家族相談会

高次脳機能障害者 と家族のための

## 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・事故等により脳に損傷を受けて入院中。後遺症が心配だ。★身体や脳のリハビリをしているが、この先、地域や在宅でどうしていいのか分からない。★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、多くの苦労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、社会復帰や就学・就労、様々な障害補償や事故被害の損害賠償解決への糸口等、人生の再構築に向けて皆様と共に語り合いましょう。

	相影	会 日 程	会場
2019 年	第1回	4月21日(日)	A
	第2回	7月 7日(日)	В
	第3回	8月25日(日)	A
	第4回	10月27日(日)	В
	第5回	11月24日(日)	Α
2020 年	第6回	2月16日(日)	В

費用:無料

時 間: **13:30~16:30** 

会場A 東京都心身障害者福祉センター 東京都新宿区神楽河岸1-1 東京都飯田橋庁舎 (セントラルプラザ 12~15 階)

[12階高次脳支援室(研修室)]

会場B 東京慈恵会医科大学附属第三病院 東京都狛江市和泉本町4丁目11-1 「2階会議室】



★医師及びTKK家族たちが相談支援致します。 (行政サービス中心ではありません。)

**★**先着順に **7** 組につき **7** 時間ご相談に応じます。

各回とも 3 組まで受け付けます。

\*ご家族・当事者や、関係者の方々とご一緒においでくだい!!

\*申し込み先(問い合わせ先)

\*申し込み方法や申し込み用紙に ついては裏面をご利用下さい。



E-mail: kurakata@brain-tkk.com 雷 話: 090-1734-5114 (担当: 蔵方)

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 東京都心身障害者福祉センター

## 2019年度TKK医療及び家族相談会 く申し込み方法>

- \*ご希望日時の空き状況はメールで、**kurakata@brain-tkk.com**(担当:藏方)へご確認下さい! 相談日時が決まりましたら、下記の申込み用紙の内容に沿ってご入力の上、再度メールでお申込み下さい。
- \*メールを利用していない方は、ご希望日時の空き状況をお電話で、*090-1734-5114*(担当:藏方) へご確認下さい。その際、FAX番号をお伝えしますので、この申込み用紙にご記入の上、送信して下さい。

申	L	议	<u></u>	F	Ħ)	紙	<肴	望相	談日>	复	à G	1	年	ı	月	E	3 (	(日)
	相	'	談	者	_	情	報		受付番号	(	) 相談	時間:	B	寺 :	分 ~	時	F	分
相談者	お名	前(フ	リガナ)						当事者と	:のご	関係(	)	当事	者と同り	居者構	成(		)
	油丝	女生	₹	-		住所												
	建剂		TEL(F	AX)					E-mail									
北東孝	お名	前(フ	リガナ)						性別(	) 到	見在(	)歳	連絡	先				
当事者発		原因							( 年		月 歳	の時)	発症	诗職業				
* 困って	cur	相談	₹ <i>∟7</i> ≃1	v= Ł	こや、	、現在の	王な道	ごし万(	外出先为	<b>&gt;</b> 頻.	度など)	)もお	書きく	ださい	0			
急性期入	、院先	a 施	設名									入院	期間	ŕ	手 F	~	年	月
回復期入院先		a 施設名										入院	期間	ŕ	<b>F</b> F	~	年	月
	、院先	b 施設名										入院	期間	ŕ	<b>手</b> 月	~	年	月
		c 施	c 施設名									入院	期間	ŕ	<b>手</b> 月	~	年	月
入所の記	大は きひょう じ		a 施設名									入院	期間	ŕ	<b>手</b> 月	~	年	月
施設な			設名									入院	期間		手 F	~	年	月
後遺症	高次	次脳機能障害											生の	病院名				
	身体	<b>体障害(麻痺他)</b>										王氵	台医	医師名				
精神障害	害者保	保健福	証手	帳		無し	7	有り			級	取得	時期			年		月
身体障害者手帳				無し有り		種級		取得時期		年				月				
療育手帳(東京都愛の手帳)		帳)		無し	7	有り	;	種	度	取得	骨時期			年		月		
障害基礎	楚年金	<u>.</u>	受給し	てい	る	受給して	いない	申請中	労災給 <sup>・</sup>	付	受約	合してに	いる	受給	してい	ない	申	請中
厚生年金	<u> </u>		受給し	てい	る	受給して	いない	申請中	企業年	<b>金</b>	受絲	合してに	いる	受給	してい	ない	申	請中
<mark>障害支援</mark> 介護認定				3 2		4 5 ·護1 2 3	6	申請中申請中	利用予算 なし 利用予算	<u>.</u> j	障害者総 援法、介 険の利用	護保						