



高次脳機能障害者と家族のための

医療及び家族相談会

高次脳機能障害は脳卒中・脳外傷などの後遺症です。脳と身体のリハビリ・福祉制度（障害者総合支援法・介護保険制度）を利用しての生活の組立て・復職や復学に向けての取組みなど、当事者と家族の生活に沿って情報の共有と相談を進めます。問題点を整理し今後の方向性を見つける為に、この相談会に参加してみませんか。

高次脳機能障害のリハビリテーション専門医のご意見に加え、長年にわたり当事者に寄り添ってきた家族でもあるTKK相談員の体験談も参考にさせて頂きます。



スケジュール	会場
2025年	
① 5月18日（日）	A
② 7月27日（日）	B
③ 8月24日（日）	A
④ 10月19日（日）	A
⑤ 11月23日（日）	B
2026年	
⑥ 2月8日（日）	A

開催時間

各回とも13:30～16:30

相談時間は1組につき1時間です

毎回3組を先着順に受け付けます

各開催日の5日前（前週の火曜日）

までにお申込みください

相談は無料です

A

東京都心身障害者福祉センター
(東京都新宿区)

B

株式会社 言語生活サポートセンター
(東京都杉並区)

会場へのアクセスは2ページをご参照ください

申込み方法

- ① 希望日の空き状況をメール又は電話でご確認ください。
- ② 相談日時が決まりましたら、3ページの申込み用紙に記入してメール添付、又は質問に沿って直接メール画面に入力の上、上記アドレス宛に送信してください。

*Fax対応も致しますので番号はお問合せください。



各会場へのアクセス

会場A

東京都心身障害者福祉センター 研修室
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階



会場B

株式会社 言語生活サポートセンター
東京都杉並区荻窪5-20-17 Mパラッツォ4階





NPO法人東京高次脳機能障害協議会

医療及び家族相談会

申込用紙

◆問合せ・申込み： 藏方

E-mail：kurakata.rtk@gmail.com

Mobile：080-5773-2396(TKK事務局)

参加希望日： 月 日

相談者 (申込者)	ふりがな	当事者とのご関係	当事者との同居者
住所	〒 -		
E-mail	電話(携帯)		
	自宅 (Fax 有・無)		
当事者 (患者)	ふりがな	性別	現在
			発症時の職業
発症原因		発症時期	年 月 / 当時 歳

急性期入院先		期間	年 月 ~ 年 月
回復期入院先 及び 入所訓練施設等			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
			年 月 ~ 年 月
現在の主治医	病院名：	医師名：	
後遺症	高次脳機能障害：		
	身体障害(麻痺など)：		

精神障害者保健福祉手帳	無	有	級	取得時期	年 月	申請中
身体障害者手帳	無	有	級	取得時期	年 月	申請中
療育手帳 (東京都・愛の手帳)	無	有	級	取得時期	年 月	申請中

障害支援区分 (障害者総合支援法)	1	2	3	4	5	6	利用予定無し	申請中			
要介護認定区分 (介護保険制度)	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	利用予定無し	申請中

障害基礎年金	受給している	受給していない	申請中	労災給付	受給している	受給していない	申請中
厚生年金	受給している	受給していない	申請中	企業年金	受給している	受給していない	申請中

裏面に続きます



折り目で切り取ってください

