

## 令和1年秋 済生会鴻巣病院認知症疾患医療センター

# 家族教室のご案内

認知症疾患医療センターでは認知症の患者さんを抱えるご家族を対象とした家族教室を下記の通り開催します。

認知症の経過や対応のポイントを知ることにより、患者さんだけでなく、ご家族の健康も守られます。また、同じ立場のご家族同士で話し合う事で、ご家族のリフレッシュや患者さんへの対応のヒントが得られるよう、後半にグループワークを行います。

参加費は無料ですので、ご家族の皆様でお誘いあわせの上、ふるってご参加ください。

なお、ご記入いただいた個人情報は、家族教室の運営以外には使用致しません。また、個人情報の保護の為に、家族教室の中で話された内容については他言しないご誓約をいただくことについてもご了承ください。

**日時** ①9/28(土) ②10/26(土) ③11/16(土)

**各回とも 10:00~11:40**

**場所** 埼玉県済生会鴻巣病院新館講堂

**内容** 【前半】講義（認知症の治療、対応やケアについて 等）

【後半】グループワーク

※1クール3回です

\* 申込書に必要事項をご記入の上、埼玉県済生会鴻巣病院認知症疾患医療センターまでご提出ください。郵送でも受け付けます。

<宛先住所> 〒365-0073 鴻巣市八幡田849

<お問い合わせ先> 電話：048-501-7191（直通）  
048-596-2221（病院代表）

埼玉県済生会鴻巣病院認知症疾患医療センター 家族教室 (R1 年秋) 申込書

申込日 月 日

患者氏名		認知症治療歴	約 年
住 所	〒		
電話番号			
かかっている病院		主治医	先生

**\* 参加者全員のお名前を以下にご記入ください \***

参加者氏名 1	患者さんとの続柄
* 今回の参加は [ 初めて ・ 2回目以上 ]	
参加者氏名 2	患者さんとの続柄
* 今回の参加は [ 初めて ・ 2回目以上 ]	
参加者氏名 3	患者さんとの続柄
* 今回の参加は [ 初めて ・ 2回目以上 ]	

\* 他機関の家族教室に参加したことがありますか? ( あり ・ なし )

\* 今後当院からのご連絡についていずれかを○で囲んでください。

1. 鴻巣病院名を [ 出してもよい ・ 出さないでほしい ]
2. 案内を郵便で [ 送付してもよい ・ 送付しないでほしい ]

\* 送付先をご記入ください

氏 名		電話番号	
住 所	〒		

**宣誓書**

私は家族教室で知り得た参加者の個人的な情報を、他では一切話さない事を誓約致します。(下欄に署名をお願いいたします)

参加者 1 \_\_\_\_\_

参加者 2 \_\_\_\_\_

参加者 3 \_\_\_\_\_