

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。

ご参加の際はマスク着用や体調の確認等、感染対策へのご協力をお願いいたします。

日時 ①1/25(木) ②3/28(木)
各回とも 10:00~11:30頃
場所 埼玉県済生会鴻巣病院 新館講堂
内容 【前半】ミニ講義 ①認知症と薬について
②認知症の症状、対応
【後半】グループワーク

※1クール2回です

*参加をご希望の方は、申込書に必要事項をご記入の上、各回開催日の3日前までに
埼玉県済生会鴻巣病院 認知症疾患医療センターにご提出ください。

郵送・FAXでも受け付けます。

<宛 先> 〒365-0073 鴻巣市八幡田849
埼玉県済生会鴻巣病院 認知症疾患医療センター

<FAX 番号> 048-501-6731

<お問い合わせ先> 048-501-7191 (直通)

048-596-2221 (病院代表) 担当: 香田

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（R5年度）申込書

記入日 年 月 日

| | | | |
|---------|---------|----------|---|
| 患者さんの性別 | 男性 ・ 女性 | 年 齡 | 歳 |
| 認知症治療歴 | 年 | かかっている病院 | |

| | |
|--------------------------|----------|
| 参加者 1 | |
| 氏 名 | 患者さんとの続柄 |
| 住 所 | 電話番号 |
| * 今回の参加は [初めて ・ 2回目以上] | |
| 参加者 2 | |
| 氏 名 | 患者さんとの続柄 |
| 住 所 | 電話番号 |
| * 今回の参加は [初めて ・ 2回目以上] | |
| 参加者 3 | |
| 氏 名 | 患者さんとの続柄 |
| 住 所 | 電話番号 |
| * 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]

* 「送付してもよい」場合の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 _____