

難病医療福祉相談会 参加申込み用紙

お申し込み期限 第1回：令和8年10月30日（金）まで
 第2回：令和8年11月27日（金）まで

1. 参加希望日を○で囲んでください。

第1回 11月17日（火） 備前保健所東備支所	第2回 12月11日（金） 赤磐市山陽保健センター
-------------------------------	---------------------------------

2. 参加される方を○で囲んでください。

①ご本人	②ご本人及びご家族	③ご家族のみ	参加者計（ ）名
------	-----------	--------	---------------

3. 患者様についてご記入ください。ご家族が参加される場合はご家族の氏名もご記入ください。

フリガナ 患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生（ ）歳		
病名	受給者 番号		
住所	〒 -		
電話番号	(FAX)		
ご家族氏名	(続柄)		

4. 裏面にご記入ください。

※相談内容・時間については調整の上、後日、個別にご連絡いたします。
 時間の都合上、希望されている相談全てを受けてもらうことが難しい場合が
 ございます。何とぞご了承ください。

岡山県備前保健所東備支所 保健対策班 担当：藤井
 住所：〒709-0492 和気郡和気町和気 487-2
 TEL：0869-92-5180（直通） FAX：0869-92-0100

＜難病医療福祉相談会 相談希望内容＞

相談希望項目を○で 囲んでください		相談したい内容を具体的にご記入ください
医療 相談	神経内科	(例) 病気の症状、内服薬、治療方法について知りたい 等
リハビリ相談		①理学療法士によるリハビリ相談 (例) 家でできるリハビリについて教えてほしい 等
		②言語聴覚士によるリハビリ相談 (例) 話し方や飲み込みの工夫 等
栄養相談		(例) おいしく食べられる食事の工夫 等
介護保険 生活全般相談		(例) 新たなサービスを使いたい 等
就労相談		(例) 就労条件が自分の体調に合っているか知りたい 就労を継続したいが職場にどう伝えていいかわからない等