

麻痺した腕が動かない

言葉が出てこない

同じ脳卒中の人と交流したい

後遺症があっても仕事がしたい

脳卒中障害の不安や疑問を
共有しながら解決する

交流会



専門家に相談したい

もっと早く歩きたい 高次脳機能障害って？

第1回

7/29(土) 10時～12時

運動障害

ロボットリハビリに興味のある人におすすめ



理学療法士
阿部 友和

CYBERDYNE(株)
(シニア技術アドバイザー)

第2回

8/19(土) 10時～12時

言語障害

リハビリや社会参加など幅広く相談したい人におすすめ



言語聴覚士
村瀬 文康

訪問看護ステーション
ほたるみどり

第3回

9/30(土) 10時～12時

就労

就労についての不安や疑問を相談したい人におすすめ



就労支援センター長
林 智子

脳卒中・身体障害専門
就労支援センター リハス

第4回

10/21(土) 10時～12時

高次脳機能障害

について 高次脳機能障害で悩んでいる、理解を深めたい人におすすめ



言語聴覚士
諸岡 雅美

なごや高次脳機能障害
支援センター

第5回

11/18(土) 10時～12時

運動障害

リハビリを諦めたくない！という人におすすめ



作業療法士
石垣 貴康

脳梗塞リハビリ名古屋
by松柏苑

第6回

12/16(土) 10時～12時

言語障害

リハビリや社会参加など幅広く相談したい人におすすめ



言語聴覚士
佐藤 裕紀

デイケアローズ

会場 特定非営利活動法人ドリーム

対象者 脳卒中当事者、ご家族、介助者

申込み お一人につき2回まで参加可能。
裏面の申込書にご記入のうえ、FAX、
手渡しまたはお電話にて特定非営利活
動法人ドリームまでお申込ください。

参加費 各回500円（当日支払い）

定員 各回10名（先着順）

申込締切 各回1週間前まで

申込書・アクセス方法は裏面へ

お問合せ
主催

特定非営利活動法人ドリーム
TEL/FAX

052-231-0350

概要・タイムテーブル

10時

交流会

専門家、脳卒中当事者、家族が輪になって交流をする内容です。チラシの表面の通り、回ごとのテーマが決まっています。脳卒中当事者や家族ならではの悩みや思いを共有するだけでなく、専門家も交えながら和気あいあいとした雰囲気の中、楽しく交流をしましょう。



12時

アクセス

特定非営利活動法人ドリーム

〒460-0003

名古屋市中区錦2丁目13-24先 伏見地下街

地下鉄をご利用の方

地下鉄 東山線・鶴舞線「伏見駅」下車 東改札口から徒歩1分
「伏見駅」東改札口から直結する伏見地下街内にあります。

地上からお越しの方

地上から伏見地下街への最短ルートは、階段しかありません。伏見地下街6出口が最寄りの階段です。エレベーターをご利用の方は、右図のエレベーターから駅構内を通り、東改札口を抜けてお越しください。改札口にて駅員に「伏見地下街のドリームへ行きたい」とお伝えすると通していただけです。



協賛・後援

今回の交流会企画に賛同し、協賛および後援いただきました団体をご紹介します。
地域の脳卒中支援を共に盛り上げてくださる大切な皆さんです。（順位不同、敬称略）

- | | | |
|-------------------------|-----------------------|-------------------|
| (独)国立病院機構 東名古屋病院 | (医)御幸会 デイケアローズ | (特非)あなたの声 |
| (独)地域医療機能推進機構 中京病院 | (福)名古屋市総合リハビリテーション事業団 | (特非)高次脳機能障害友の会みずほ |
| (医)財団善常会 善常会リハビリテーション病院 | なごや高次脳機能障害支援センター | 訪問看護ステーションほたるみどり |
| (医)生寿会 かわな病院 | (公社)日本脳卒中協会 愛知県支部 | 失語症・言葉のセラピー |
| (医)生寿会 五条川リハビリテーション病院 | (一社)愛知県言語聴覚士会 | 脳梗塞リハビリ名古屋by松柏苑 |
| (医)三九会 三九朝病院 | (一社)愛知県作業療法士会 | 就労支援センターリハス |
| (医)三九会 三九朝東リハビリテーション病院 | (一社)愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会 | 脳リハセンター西春 |
| (医)偕行会 偕行会リハビリテーション病院 | (一社)脳卒中ライフアドバイザー協会 | ヨミトリ君プロジェクト |

申込書

必要事項をご記入、☑のうえFAX、手渡しまたはお電話にてお申込みください。

個人情報保護法の定めに従い、個人情報については適正に保護および管理をおこないます。交流会に関するご連絡以外では使用しません。

| | | | |
|-------------------------|---|--|---------------------------------|
| ふりがな | | 該当種別 | <input type="checkbox"/> 脳卒中当事者 |
| お名前 | | | <input type="checkbox"/> 家族 |
| 電話番号 | | | <input type="checkbox"/> 介助者 |
| メールアドレス | @ | | |
| ① ご希望の交流会 (1つのみチェック) | <input type="checkbox"/> 第1回 運動障害について <input type="checkbox"/> 第3回 就労について <input type="checkbox"/> 第5回 運動障害について | <input type="checkbox"/> 第2回 言語障害について <input type="checkbox"/> 第4回 高次脳機能障害について <input type="checkbox"/> 第6回 言語障害について | |
| ② ご希望の交流会 (1つのみチェック) | <input type="checkbox"/> 第1回 運動障害について <input type="checkbox"/> 第3回 就労について <input type="checkbox"/> 第5回 運動障害について | <input type="checkbox"/> 第2回 言語障害について <input type="checkbox"/> 第4回 高次脳機能障害について <input type="checkbox"/> 第6回 言語障害について | |
| 専門家に聞きたいことがあればご記入ください | | | |

1回のみ参加希望の方は①のみ☑、2回参加を希望の方は①②両方に☑してください。