

# 東京高次脳機能障害者

第7回事例検討会のご案内

# 実践ネットワーク

「東京高次脳機能障害者実践ネットワーク」は、東京都における高次脳機能障害者にかかわる様々な機関のネットワークを構築し、地域において、関係機関のみならず当事者、家族も含めて広い視野で仕組みを作ることを目標に事例検討会を企画しております。今回の第7回では、区西北部の豊島病院で実施している「東京都高次脳機能障害者支援普及事業（専門的リハビリテーションの充実事業）」との共同で開催いたします。興味のある多くの方に職種を問わずご参加いただければ幸いです。

- 日時 ● 2014年11月3日（月／祝）13:00～16:00
- 参加費 ● 無料
- 会場 ● サンライフ練馬（東京都練馬区貫井 1-36-18）  
※西部池袋線中村橋駅～徒歩3分
- 申込み  
〆切り ● 2014年10月20日（月）  
※60名／予定人数に達しましたら締め切りとさせていただきます

## 内容

### 《事例検討》

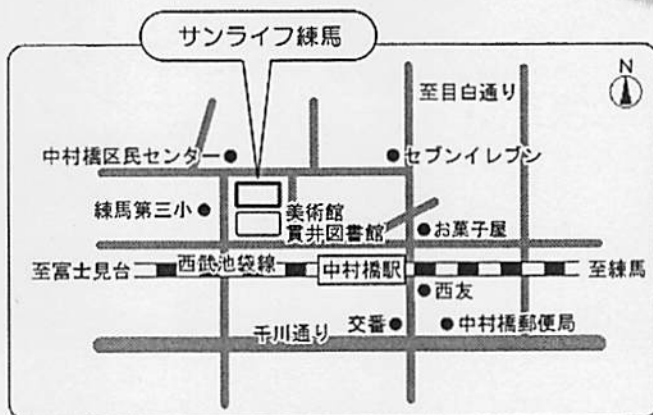
問題解決が難しく、検討したい（困っている）2事例をご紹介後、グループに分かれて意見交換をいたします。

事例検討会参加希望、事例提供を希望される方は、FAX、またはEmailにてご連絡ください。

**fax** 03-5944-3534

**Email** toshima\_koujinou@tokyo-hmt.jp

豊島病院 地域医療連携室



（東京都高次脳機能障害者支援普及事業）

共催：公益財団法人 東京都保健医療公社 豊島病院 / 東京高次脳機能障害者実践ネットワーク 代表：渡邊修（医師）

問い合わせ先：公益財団法人 東京都保健医療公社 豊島病院（地域医療連携室 水本）TEL：03-5375-1212 / FAX：03-5944-3534

# 第7回事例検討会のご案内

主催：東京高次脳機能障害者ネットワーク

「東京高次脳機能障害者実践ネットワーク」は、東京都における高次脳機能障害者にかかわる多くの機関とネットワークを構築し、地域において、関係機関のみならず当事者、家族も含めて広い視野で事例検討を

通して東京都全域において横断的な仕組みを作ることを目標に結成されました。渡邊 修（東京慈恵会医科大学附属第三病院）が代表に、長谷川 幹（三軒茶屋リハビリテーションクリニック）が副代表となり、高次脳機能障害の当事者および家族、高次脳機能障害者支援センター、東京都看護協会、東京都作業療法士会、東京都理学療法士会、東京都医療社会事業協会など16団体が本会に参加し、これまで、小金井市、品川区、新宿区、八王子市、葛飾区、羽村市で開催いたしました。今回は、練馬区で開催いたします。興味のある方々に広くご参加いただければ幸いです。ご案内申し上げます。

- 日時 ● 2014年11月3日（月/祝）13:00～16:00
- 会場 ● サンライフ練馬（東京都練馬区貫井1-36-18）※西武池袋線 中村橋駅下車：徒歩3分
- 参加費 ● 無料
- 申込〆切 ● 2014年10月20日（月）
- 募集人数 ● 60名。予定人数に達しましたら〆切りにさせていただきます。
- 内容 ● 事例検討…2事例/問題解決が難しく、検討したい（困っている）2事例を紹介後、グループごとに意見交換をいたします。

## 《お申し込み方法》

事例検討会参加/事例提供をご希望される方は、下記事項を明記の上、FAXにてご連絡下さい。

- \* 事例提供者をしていただく方は、2014年10月20日までにお申し込み下さい。フォーマットをお送りいたします。尚、事例提出が多数の場合は、事務局にて調整いたします。ご了承下さい。
- \* 参加証は特に発行いたしておりません。予定人数に達し、ご参加頂けない場合のみご連絡いたします。

お申込み  
お問合せ

公益財団法人東京都保健医療公社 豊島病院（地域医療連携室：水本）  
 TEL：03-5375-1212/FAX：03-5944-3534 Email：toshima\_koujinou@tokyo-hmt.jp  
 東京都高次脳機能障害者実践ネットワーク事務局（三軒茶屋リハビリテーションクリニック：中島）  
 TEL：03-5787-6110/FAX：03-5944-8120

## 東京高次脳機能障害者ネットワーク 第7回事例検討会 参加申込書

- ・（ ） 第7回事例検討会に参加いたします。参加人数：（ ）名
- ・（ ） 事例提出を希望します。 ※事例提出をしていただく方については、後日事務局よりご連絡いたします。

参加者名（職種）：※代表者 \_\_\_\_\_ 職種（ ）

\_\_\_\_\_ 職種（ ）

\_\_\_\_\_ 職種（ ）

所属機関名： \_\_\_\_\_

事例提出者（職種）： \_\_\_\_\_ 職種（ ）

連絡先 TEL：※代表者 \_\_\_\_\_（ ）

FAX： \_\_\_\_\_（ ）