

ほっとCafé

RDing



🌸 10/29 (土) 限定 Open 🌸

病気のこと、仕事のこと、普段の生活のこと、困っていること。ふらっと気軽に話してみませんか？当事者含むスタッフが、美味しいコーヒー&スイーツと一緒にお待ちしております。

日時：2016年 **10**月 **29**日 (土)  
13:00～17:00 (O.S 16:30)

場所：**天神チクモクビル1F**  
福岡市中央区天神 3-10-27 (那の津通り沿い「KBC」前)

申込：**不要**

ただし、福岡県難病相談・支援センターの相談（難病相談支援員相談とピア相談）に関しては裏面の申込み用紙にて事前申し込みが必要です。

参加費：**無料**

共催：難病NET. RDing 福岡  
福岡県難病相談支援センター

問合せ：rdingfukuoka@gmail.com

## MENU

- ・ 病気のこと
- ・ 生活について
- ・ 制度やお仕事

福岡県難病相談支援センターの  
**出張相談 (無料)** もあります。  
(裏面の事前申し込みが必要です。)

病気をお持ちの方はもちろん、  
ご家族やご友人、ご興味のある方もぜひお越しください。

# 出張相談申し込み用紙

相談をご希望の方は以下の内容を記載し、FAX にて送付してください。  
 FAX を受領ののち、ご確認のお電話をさせていただきます。  
 電話・メールでの申し込みの場合は、下記の内容についてお伝えください。

|                             |   |             |  |            |   |
|-----------------------------|---|-------------|--|------------|---|
| ふりがな                        |   |             |  |            |   |
| 申込者氏名                       |   |             |  |            |   |
| 年代                          | <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代以上   |             |  |            |   |
| 難病との関係                      | <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )   |             |  |            |   |
| お住まいの市町村                    | ※ 差し支えなければ、住所をご記入ください。  |             |  |            |   |
| 電話番号                        |   | メール         |  |            |   |
| 疾患名                         |   |             |  |            |   |
| 希望日程<br>(1回およそ<br>1時間)      | 第一希望  | ___月___日( ) | ___:___  | 開始         |   |
|                             | 第二希望  | ___月___日( ) | ___:___  | 開始         |   |
|                             | 第三希望  | ___月___日( ) | ___:___  | 開始         |   |
| 相談者希望                       | <input type="checkbox"/> 難病相談支援員 <input type="checkbox"/> ピアサポーター(ピア相談)   |             |  |            |   |
| 相談内容                        | <input type="checkbox"/> 症状のこと <input type="checkbox"/> 治療のこと <input type="checkbox"/> 病院のこと <input type="checkbox"/> 療養生活のこと<br><input type="checkbox"/> 周囲との関係のこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 患者会のこと<br><input type="checkbox"/> 他( ) |             |  |            |   |
| ピア相談をご希望の場合は、以下の内容をご記入ください。 |   |             |  |            |   |
| 性別                          | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 希望なし   | 疾患          | <input type="checkbox"/> 同じ疾患<br>の方限定<br><input type="checkbox"/> 希望なし | 難病との<br>関係 | <input type="checkbox"/> 当事者<br>希望<br><input type="checkbox"/> 家族希望 |
| そのほかご希望がございましたらお伝えください。     |   |             |  |            |   |

FAX 送付先

福岡県難病相談・支援センター

〒812-8582 福岡市東区馬出 3-1-1 九州大学病院北棟 2 階

**FAX:092-643-1379**

今回のピアサポーターは以下の方が対応いたします。  
 慢性炎症性脱髄性多発神経炎、肥厚性硬膜炎、線維筋痛症、慢性疲労症候群、脳脊髄液減少症、軽度外傷性脳損傷

疾患に限定せずお話しいたしますので、お気軽にお申し込みください。