

医療介護福祉事業所御中

南信州地域難病患者家族の会 6月度交流会のお知らせとお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

当会は、松川町のパーキンソン病患者の松尾寿雄さんが南信州の地に患者家族の会をつくりたいと発起され、2月27日にキックオフ会を開催し、4月9日には発会式を敢行し活動を開始いたしました。「参加して元気になる また参加したくなる なんでも相談できる」をコンセプトに、毎月1回の交流会を開催していく予定です。

毎月1回、第4水曜日又は第4木曜日を交流会日にしております。健康リハビリ会・健康講習会と座談会の二本立てで楽しく為になる交流会を目指しております。

(会場も下伊那赤十字病院の会は松川中央公民館、健和会病院、まるやまファミリークリニックの会では、「さんとぴあ」等を予定しております)

当会では、患者様ご家族のみならず、支援者様にもご参加ご賛同をお願いしておりますのでお気軽にお越しくださいませ。会費もご家族単位、事業所様単位でございます。

特に難病の患者様ご家族をご担当の皆様にご参加賜り、参加できない方々に難病患者家族の会の活動について持帰ってお伝えしていただきたいと強く願っております。

当会は長野県難病患者連絡協議会、全国パーキンソン病友の会長野県支部、日本 ALS 協会長野県支部、松本地域難病患者家族友の会(常念の会)とも連携しており、長野県難病相談支援センターにも活動を報告しております。会への参加はもちろん難病に関しましてご遠慮なくお問合せくださいませ。それでは当会交流会にご参加賜りますことを心よりお待ちしております。

末筆ではございますが、時節柄ご慈愛くださいますよう祈念申し上げます。

謹白

令和 7 年 6 月 吉日

南信州地域難病患者家族の会
設立委員会事務局

平櫛 和則 (ひらぐし かずのり)

〒399-3303 下伊那郡松川町元大島 3255-5
有料老人ホームアムールまつかわ内
Mail: k.hiragushi@amour.or.jp
Fax: 0265-48-6614
Mobile phone: 080-4920-9845
全国パーキンソン病友の会長野県支部
事務局長 兼 南信ブロック推進員
日本 ALS 協会会員

南信州地域 難病患者家族の会 健康リハビリ会と座談会

パーキンソン病・筋萎縮性側索硬化症(ALS)・脊髄小脳変性症・多系統萎縮症・クローン病
潰瘍性大腸炎・多発性硬化症・重症筋無力症・全身性エリテマトーデス・悪性関節リュウマチなど

独りじゃないよ！きっと繋がれる、仲間がいる！

令和7年2月27日にキックオフ会を開催し30名の参加者、40名の賛同者を得た南信州地域難病患者家族の会は4月9日正式に会を発足しました。患者様ご家族、その支援者が望むのは、関係する方々が繋がり交流することであり、南信州地域に必要であると参加者や賛同者から伺いました。この度この声に応え、交流会を毎月1回開催いたします。広く参加者を募りますので、ぜひご参加ご賛同くださいませ。患者様のみご家族のみ支援者様のみでも、ご一緒でも OK です。宜しくお願ひ致します。

南信州地域難病患者家族の会

☐ 難病患者家族の会 健康講習会 / 座談会

日時：令和7年6月26日(木) 14時～16時

会場：飯田市社会福祉会館「さんとぴあ飯田」

3階 第1講習室(エレベーターあり)

飯田市東栄町3108-1 TEL0265-53-3040

☐ 難病患者家族の6月度 健康リハビリ会

タイトル：「今日から始めるフレイル予防運動」

～人生はピン・ピン・キラリ～

内容：予防運動で活動量の低下を防ぐ

講師：まるやまファミリークリニック

健康運動指導士 平澤 侑也 先生

※講習終了後座談会を行います。

☐ 参加申込方法

参加申込書にご記入の上 FAX お願いします。

お電話でも受付けます

FAX：0265-48-6614

TEL：080-4920-9845 事務局

6月26日健康講習会と座談会

南信州地域難病患者家族の交流会 参加申込書

FAX 0265-48-6614 TEL080-4920-9845

ご参加は、どなたでも制限はございません。必要事項ご記入の上 FAX 戴くか、お電話でも受付いたしますのでお気軽にご参加ください。(コピー使用可)

※お電話の場合次の項目に沿ってお伝えくださるとスムーズです。

◎ご紹介戴いた方又は事業所様等 _____

◎ご参加希望の方の情報(疾患名は未記入 OK 後程伺います)

ご氏名 _____ ご住所 _____

TEL _____ 疾患名又は家族続柄 _____

事業所名 _____

ご氏名 _____ ご住所 _____

TEL _____ 疾患名又は家族続柄 _____

事業所名 _____

ご氏名 _____ ご住所 _____

TEL _____ 疾患名又は家族続柄 _____

事業所名 _____

※支援者/事業所所属の支援者の方は 事業所名お願い致します。