

平成27年度 がん患者・家族かけはし交流会



開催日	内容	対象者
5月29日 (金)	1.胃がんの手術について 2.手術後の食事方法・留意点	胃がん患者さま・ご家族
7月31日 (金)	1.肺がんと呼吸について 2.手術による呼吸への影響 3.呼吸リハビリテーションについて	肺がん患者さま・ご家族
10月23日 (金)	1.乳がんと治療について 2.リンパマッサージについて	乳がん患者さま・ご家族
12月18日 (金)	1.前立腺癌と治療について 2.骨転移への放射線治療について	前立腺がん患者さま・ご家族
2月26日 (金)	1.大腸がんについて 2.人工肛門の管理について	人工肛門を造設している・ 今後造設する予定のある 患者さま・ご家族

時間: 14:00~15:30

場所: 外来棟4階 地域医療研修センター



申し込み方法: 電話・FAX・メール又は、病院内に設置するBOX
で受け付けております。

※申し込み・問い合わせ先
災害医療センター地域医療連携室

【電話】 042-526-5511(平日日中)

【FAX】 042-526-5729

【E-mail】 renkei@tdmc.hosp.go.jp

開催日1ヶ月前より病院内にリーフレットを設置するので、詳しくはリーフレットをご覧ください。



災害医療センター

患者・家族かけはし交流会申し込み用紙

<会場・定員・参加費>

会場：災害医療センター地域医療研修センター

定員：30名

参加費：無料

<申込み先&お問合せ先>

災害医療センター 地域医療連携室

〒190-0014 立川市緑町3256

[電話] 042-526-5511 (代表)

[FAX] 042-526-5729

[E-mail] renkei@tdmc.hosp.go.jp



【交通案内】

JR立川駅北口より ・徒歩約15分 ・タクシー約5分

・立川バス①番もしくは②番のりばより約5分

<参加申込み方法>

電話、FAX、メールにて以下の必要事項を記載の上、下記の申込み先まで送付
お願いします。定員を超えた場合のみ、こちらよりご連絡をいたします。

- 必要事項： ①ご氏名(フリガナ) ②ご住所 ③お電話番号 ④FAX番号
⑤ご職業 ⑥参加希望の交流会内容

ファックス申込み用紙

送信先：042-526-5729 災害医療センター地域医療連携室行き

①氏名(フリガナ)				
②住所	〒			
③電話番号				
④FAX番号				
⑤職業				
⑥交流会参加希望 ※参加希望の内容に ○印を付けて下さい。	内容	参加	内容	参加
	1.胃がん・食事方法		4.前立腺癌・放射線治療	
	2.肺がん・呼吸リハ		5.大腸がん・人工肛門	
	3.乳がん・リンパマッサージ			
ご質問記入欄				

*交流会で頂いた個人情報はお守り致します。安心してご参加ください。