|  |
| --- |
| **認茶屋（認知症カフェ）　参加申込書** |
| 参加者 |
| 氏　名： | 生年月日： |
| 診断名：※わかる範囲で結構です |
| かかりつけ医療機関： |
| コロナワクチン接種：　接種済み(　　回 )　/ 　未接種 |
| 当日つき添い参加予定人数　　　　　　　人 |
| 付き添い参加者の氏名  | 続柄 | コロナワクチン接種 |
|  |  | 有　　/　　無 |
|  　　 　　　　  |  | 有　　/　　無 |
|  |  | 有　　/　　無 |
| 日中連絡のとれる連絡先 |
| 氏　　　　名： |
| 日中の連絡先： |
| メールアドレス： |

**本活動の趣旨は医療を提供する場ではありません**

**我々医療従事者も白衣を着ないで参加しています**

**患者さんご家族の居場所づくり、心のよりどころを目指しています**

**そのため個別の医療相談には対応いたしかねます**

**参加申込書ご記入のうえ，下記メールへご返送ください**

東京医科大学病院　認知症疾患医療センター

Eメール：mitomechaya@gmail.com

※ 迷惑メール設定によりメールが届かないことがありますので、設定を変更していただけますと幸いです

※ 参加人数が少ない時は、開催中止する場合がございます。その際はご連絡差し上げます