

茨城県竜ヶ崎保健所管内 膠原病交流会

「同じ患者同士話してみたい」というご要望から、下記のとおり交流の場を設けました。
薬剤師さんの講演会後に、おくすりとその副作用について、相談をお受けします！
同じ病気を抱える人と交流の時間を持ちませんか？ 学び合い、語り合いの時間を共有しましょう！

日時 令和7年10月1日（水） 13時半～15時半（受付13時～）

場所 龍ヶ崎市馴柴コミュニティセンター 1階 多目的ホール
(龍ヶ崎市馴柴町21-1)

※駐車場：竜ヶ崎工事事務所駐車場（次ページ 図 参照）

内容 1 講演会「薬の正しい知識と付き合い方」
茨城県薬剤師会所属の先生によるお薬のお話
2 交流会（お薬についての相談等）

対象 膠原病の患者、ご家族、医療従事者等

対象となる疾患

- | | | |
|----------------|-------------|----------------|
| ・全身性エリテマトーデス | ・全身性強皮症 | ・ベーチェット病 |
| ・混合性結合組織病 | ・高安動脈炎 | ・シェーグレン症候群 |
| ・悪性関節リウマチ | ・巨細胞性動脈炎 | ・原発性抗リン脂質抗体症候群 |
| ・結節性多発動脈炎 | ・顕微鏡的多発血管炎 | ・皮膚筋炎/多発性筋炎 |
| ・好酸球多発血管炎性肉芽腫症 | ・多発血管炎性肉芽腫症 | ・成人スチル病 |

申込 裏面をFAXまたは電話、メールにて茨城県竜ヶ崎保健所あて
9月24日（水）までにお申込みください。

※定員に達した場合、早期に受付終了となる場合がございます。

持ち物 お薬手帳、スリッパ等上履き



駐車場：竜ヶ崎工事事務所駐車場
(空いているところをご利用ください。)

(申し込み先) ※送信状不要

茨城県竜ヶ崎保健所 健康増進課 行

FAX：0297-64-2693

Email：ryuho03@pref.ibaraki.lg.jp

TEL：0297-62-2172

膠原病交流会 参加申込書

★申し込み締め切り 9月24日(水)

参加 申込者	氏名（ふりがな）	続柄 該当する項目に○を付けて下さい。	
	()	●本人（疾患	）
	()	●家族	）
	()	●その他（所属	）
参加 申込者	()	●本人（疾患	）
	()	●家族	）
	()	●その他（所属	）
	()	●本人（疾患	）
参加 申込者	()	●家族	）
	()	●その他（所属	）
	()	●本人（疾患	）
	()	●家族	）
参加 申込者	()	●その他（所属	）
	()	●本人（疾患	）
	()	●家族	）
	()	●その他（所属	）
電話番号	()	市町村名	市・町・村
連絡事項 等			