

認知症の方

ご家族

支援者

# あなたの声聞かせてください

～声を集めるプロジェクト～

草加市では、認知症の人の視点や声を起点に、認知症の正しい理解を広げていくため、認知症の人の「声」を集めています。

ご本人の想いや気づき、ご家族や支援者のみなさんが耳にした何気ない一言などを集めて、共有することは、認知症と向き合う人たちにとって、暮らしのヒントや勇気になります。

## いずれの方法で投稿できます

お寄せいただきました声は、広報や啓発に使用させていただきます。

### 裏面の回答様式を使用して投稿する



#### 窓口

市役所本庁舎2階  
地域介護課地域支援室へ



#### 郵便

〒340-8550  
草加市高砂1-1-1  
地域介護課地域支援室 宛



#### FAX

048-922-3279

### 以下の2次元コードから電子申請で提出



スマートフォンで  
以下を読み取って、  
電子申請を行えます。



※郵送料及び通信料は、自己負担です。

取り組みのお問い合わせ先

草加市 地域介護課 地域支援室 ☎048-922-2862

# あなたの“声”を聞かせてください

1. あなたはどれに当てはまりますか？

☐認知症のご本人 ☐ご家族 ☐支援者 ☐その他( )

2. 認知症のご本人の年代を教えてください。

☐90代以上 ☐80代 ☐70代 ☐60代 ☐50代 ☐40代 ☐30代 ☐20代 ☐不明

3. 認知症のご本人の性別を教えてください。

☐男性 ☐女性 ☐無回答

## 「ご本人」の方向け

▼続けている事、趣味や仕事、社会参加があれば教えてください。

▼困っていることや誰かに手伝ってほしいことはありますか。

▼診断を受けたときの気持ちは？

▼周囲の人へ伝えたいことは？

## 「ご家族」や「支援者」等、ご本人のそばにいる方向け

▼ご本人の声や普段話していることで印象に残っている言葉などを教えてください。

▼その言葉はどんな場面で聞きましたか？(その時の状況や場所も具体的に教えてください)

▼その言葉を聞いて、あなたが感じたこと、思ったこと

差し支えなければ、あなたの連絡先を教えてください。※任意

確認事項があった場合や、本人ミーティングのご案内などをご連絡する場合があります。

お名前( )

ご住所( )

電話番号( — — )