

2020年
9月発行!

ALS ケアガイド

ALSと告知された患者・家族に最初に手に取ってほしい本
(筋萎縮性側索硬化症)

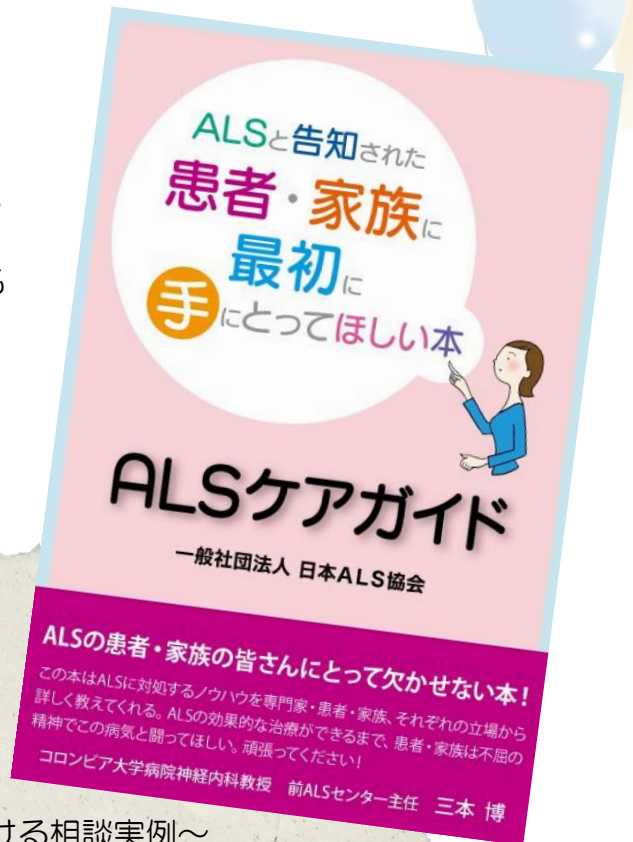
ALS患者や家族に最初に手に取ってもらえるように
分かりやすく読みやすい内容となっています。
各章ごとに患者や家族の体験談が掲載されていて、
その時々の課題もイメージしやすくなっています。
患者、家族ばかりでなく、支援されている人たちにも
是非読んでほしい一冊です。

「ALSケアガイド」の購入申し込みは、
お住いの地域の支部へお願いします。

目次

- [1] ALS とは
 - [2] ALS と診断されたら
 - [3] ALS の症状と治療
 - [4] 治験について
 - [5] 保険について ～民間保険における相談事例～
 - [6] 生活支援
 - [7] 運動障害が起こったら
 - [8] 嚥下困難（むせこみ、飲みにくい）があったら
 - [9] 呼吸が困難になってきたら
 - [10] 呼吸リハビリテーション（カフアシスト、LICトレーナー）
 - [11] コミュニケーション
 - [12] レスパイト入院
 - [13] 医療的ケア（痰吸引）について
 - [14] 災害への備え
 - [15] ALS と共に生きる
- 日本ALS 協会のあゆみ
[資料] 在宅療養を支える制度

B5版 110頁
頒価 1,500円



お問合せ

一般社団法人 日本 ALS 協会

TEL03-3234-9155 FAX03-3234-9156

〒102-0073 東京都千代田区九段北1-1-7 カーサ九段405

日本ALS協会の支部一覧です。お住いの地域の支部へ購入をお申し付けください。

※支部の運営はボランティアのため連絡がつかないときは留守電に入れてください。

お急ぎの場合は、本部事務局Tel 03-3234-9155(月～金 9:30～17:30)までお願いいたします。

支 部	電 話	FAX	支 部	電 話	FAX
北海道	011-512-3233	0123-22-0096	静岡県	053-452-2652	053-452-2652
青森県	080-5550-0616	0172-35-5389	愛知県	052-483-3050	052-483-3050
秋田県	090-5838-3606	018-832-8778	滋賀県	090-1950-8824	0749-25-1083
岩手県	019-613-4707	019-613-4707	近畿ブロック	03-3234-9155	03-3234-9156
山形県	023-641-6852	023-625-3184	岡山県	086-943-6611	086-943-6611
宮城県	022-290-8740	022-290-8754	鳥取県	0857-26-6062	0857-26-6062
福島県	0246-68-8925	0246-68-8926	島根県	0852-21-4770	0852-21-4770
茨城県			広島県	082-831-6066	
栃木県	0289-63-0704	0289-63-0704	山口県	0835-25-4774	0835-25-4781
群馬県	0270-64-4154		香川県	087-881-1666	087-881-1666
埼玉県	048-857-4607	048-857-4607	徳島県	090-2784-6997	088-672-4987
千葉県	047-439-8561	047-438-3256	愛媛県	089-984-8854	
東京都	03-6822-3081	03-6822-3081	高知県	0888-83-4547	0888-83-4547
神奈川県	045-843-6690	045-330-6999	福岡県	092-551-6866	092-551-6866
新潟県	025-211-6686	025-211-6686	佐賀県	0952-60-1196	0952-97-9634
山梨県	055-267-7261	055-267-7263	長崎県	0957-43-4240	0957-43-4240
長野県	026-263-6335	026-243-8820	大分県	097-544-4595	097-544-4595
富山県	076-451-5998	076-451-5998	熊本県	096-237-0021	096-237-0021
石川県	03-3234-9155	03-3234-9156	宮崎県	090-7448-3721	050-3453-1249
福井県	0776-67-3570		鹿児島県	080-5240-2773	099-887-3124
岐阜県	080-2639-1871		沖縄県	090-3418-7982	

..... 購 入 申 し 込 み

購入冊数		冊 × 頒価 1,500 円 = 合計		円
氏 名				
住 所	〒 -			
電話番号				
区 分 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 介護士 (専門職の方は勤務先を記載: <input type="checkbox"/> 遺 族 <input type="checkbox"/> 学 生 <input type="checkbox"/> 一 般)			

※ 別途送料につきましては、支部へお問い合わせください。