



## 財團法人罕見疾病基金會 110 年度中區全方位活動(一)

### 「搭起幸福橋梁」罕病父母手足互動策略座談與紓壓放鬆

#### 活動簡章

親愛的罕病家庭：

家有罕病兒，不僅是父母，包含手足亦須面臨未知生活轉變壓力，父母如能協助病友手足間建立正向關係維繫，使孩子於日常生活有學習與扶持之對象，在日後的情感表達、人際相處皆會有助益，本次座談是主要協助父母掌握溝通互動策略，建立較佳的親子互動與手足關係，為未來整體家庭生涯發展奠定良好的基礎，孩子的成長過程只有一次，誠摯邀請中部病友家庭共同參與!!

※主辦單位：財團法人罕見疾病基金會 中部辦事處。

※活動時間：110 年 7 月 4 日(星期日)上午 10:00-下午 17:00。

※活動地點：台中市愛心家園地下一樓研習教室五(台中市南屯區東興路一段 450 號)。

※參與對象：中部地區(苗栗以南、嘉義以北)病友家庭父母 15-30 人與需要托顧病友或手足 10-15 人，交通須自理。

※活動流程與內容：

| 7/4(日)      | <家長座談>    | 講師                       | <病友/手足活動>                   | 講師                     |
|-------------|-----------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 09:30-10:00 | 報到時間      |                          |                             |                        |
| 10:00-12:00 | 親子溝通技巧    | 台灣蛹之生心理諮商所顧問心理師-劉家鈞諮商心理師 | 桌遊體驗                        | 瘋桌遊<br>教學活動執行長-洪藝紋老師   |
| 12:00-13:00 | 中午用餐      |                          |                             |                        |
| 13:00-14:00 | Q&A 座談時間  | 台灣蛹之生心理諮商所顧問心理師-劉家鈞諮商心理師 | 科學體驗<br>(13:00-15:00)       | 台中市國小自然輔導團輔導員-楊宗榮老師    |
| 14:00-17:00 | 壓力紓解與情緒管理 |                          | 療育時光-手做乾燥花<br>(15:00-17:00) | One Flower 花藝工作室-張睿希老師 |
| 17:00-      | 賦歸        |                          |                             |                        |

※ 報名方式：請以郵寄/傳真/e-mail/QR CODE 線上表單，回傳報名表，敬請來電確認是否順利完成報名。

1、郵寄：請寄到 404 台中市北區進化北路 238 號 7 樓之 5，罕見疾病基金會中部辦事處收。

2、傳真：04-2236-9853，傳真後請來電，04-2236-3595 轉分機 16，顏春華社工確認。

3、e-mail：[ps09@tfrd.org.tw](mailto:ps09@tfrd.org.tw)。

4、QR CODE 線上表單：<https://ppt.cc/fzm0Lx>(掃描右側條碼即可報名)



5、報名截止日：即日起至 6 月 23 日(三)止。

6、洽詢電話：04-2236-3595 轉分機 16，顏春華社工。



## ※【台中市愛心家園】交通方式

＊自行開車：

南下國道1號：

下臺中交流道(178K)往臺中方向→行駛臺灣大道3段→右轉文心路→左轉永春東路→右轉東興路→過文心南五路臺中市愛心家園即在您左側。

北上國道1號：

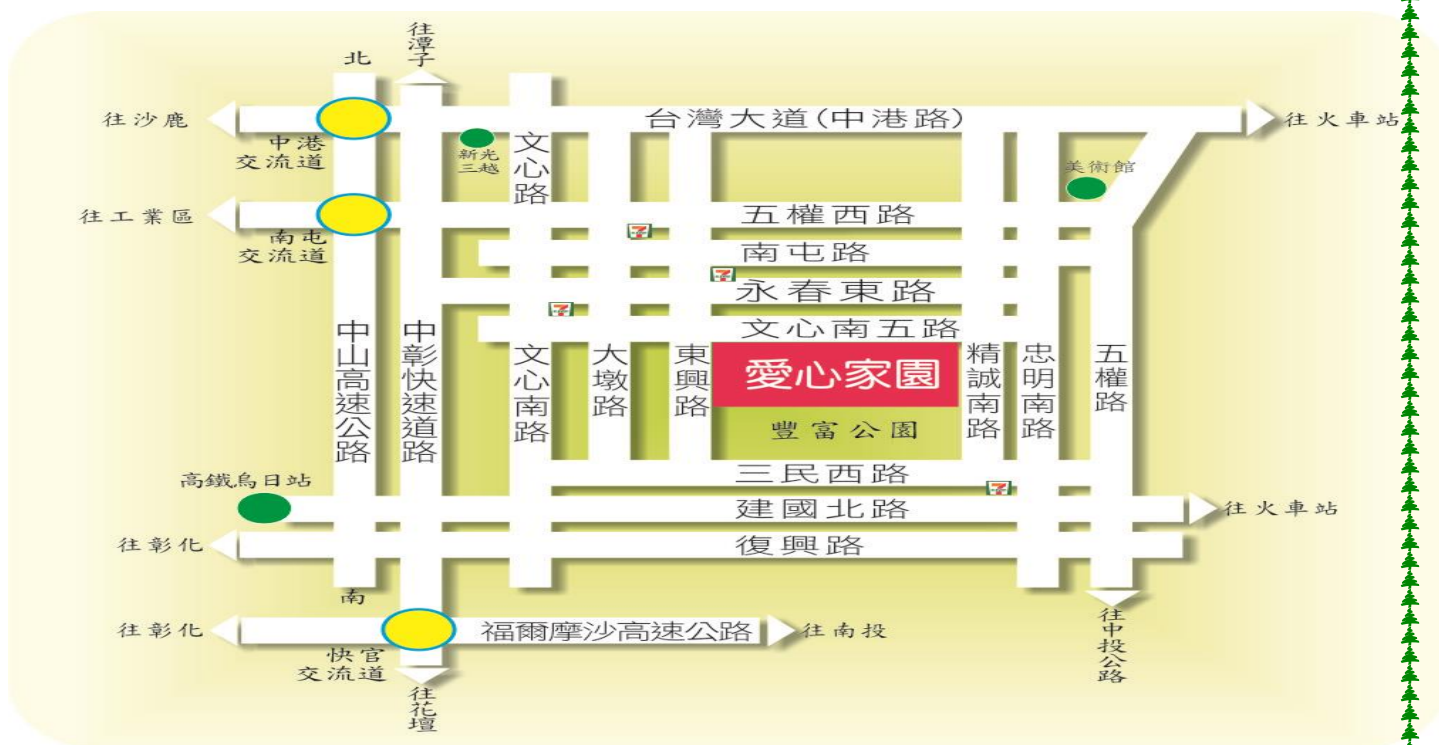
下南屯交流道(181K)往臺中方向→行駛五權西路二段→右轉東興路→過文心南五路臺中市愛心家園即在您左側。

北上國道3號：

下快官交流道(202K)往臺中方向→行駛中彰快速道路→下環中路四段匝道→左轉環中路四段(請行駛慢車道)→右轉永春東路→右轉東興路→過文心南五路臺中市愛心家園即在您左側。

＊台中市搭乘公車：

- 1、可搭乘仁友 30.40.11 號於南屯路與東興路口下車走進來。
- 2、可搭乘統聯 53、73、85 號於文心路與文心南五路豐樂公園站下車走進來，或 52、79 號於三民西路與忠明南路口崇倫國中站下車走進來。
- 3、可搭乘彰化客運 79 號於三民西路與忠明南路口崇倫國中站下車，或 99 號東興路愛心家園站下車走進來。
- 4、可搭乘台中客運 60 號於東興路與永春東路口下車，或 70 號於東興路與文心南五路口愛心家園站下車。
- 5、可搭乘豐榮客運 127 號於東興路與文心南五路愛心家園站下車。
- 6、請使用台中市公車動態資訊網查詢→點選路網轉乘→依地標、交叉路口、站牌查詢。





## 財團法人罕見疾病基金會 中部辦事處

### 「搭起幸福橋梁」罕病父母手足互動策略座談與紓壓放鬆 報名表

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |  |       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|
| 參與父母<br>資料 1                                                                                                                                                                                                           | 姓名                                                                                                                               |  | 與病友關係 |  |
|                                                                                                                                                                                                                        | 生日                                                                                                                               |  | 身分證字號 |  |
| 參與父母<br>資料 2                                                                                                                                                                                                           | 姓名                                                                                                                               |  | 與病友關係 |  |
|                                                                                                                                                                                                                        | 生日                                                                                                                               |  | 身分證字號 |  |
| 需托顧病友<br>資料                                                                                                                                                                                                            | 姓名                                                                                                                               |  | 疾病名稱  |  |
|                                                                                                                                                                                                                        | 生日                                                                                                                               |  | 身分證字號 |  |
|                                                                                                                                                                                                                        | 輔具使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 普通手推輪椅 <input type="checkbox"/> 電動輪椅 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |  |       |  |
| 需托顧手足<br>資料                                                                                                                                                                                                            | 姓名：                                                                                                                              |  | 與病友關係 |  |
|                                                                                                                                                                                                                        | 生日：                                                                                                                              |  | 身分證字號 |  |
| 聯絡方式                                                                                                                                                                                                                   | 市內電話：                                                                                                                            |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                        | 行動電話(必填)：                                                                                                                        |  |       |  |
| 飲食情形                                                                                                                                                                                                                   | 緊急連絡人姓名/關係：_____ 行動電話(必填)：_____                                                                                                  |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 葷食共_____人； <input type="checkbox"/> 素食共_____人<br><input type="checkbox"/> 其他特殊飲食限制或相關注意事項：              |  |       |  |
| 親子溝通<br>座談提問                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                  |  |       |  |
| ※病友/手足照護相關注意事項：                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |  |       |  |
| 資料運用聲明暨同意書<br>提醒您！個人資料保護法於 101 年 10 月 1 日開始施行。為保障您的權益，本會有義務在報名時先行告知，在活動期間會由本會指派之攝影志工拍照攝影，並作為本會相關成果、網站、會刊等相關之運用。如果收集影像之行為使您不舒服，活動期間您有權要求本會停止拍攝或將相關影像做為其他用途。<br><input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 |                                                                                                                                  |  |       |  |

立同意書人簽名：\_\_\_\_\_

※備註：報名後如有任何異動請於 6/28 (一)前來電告知，以免保險投保資料與實際參與人員不符。

※報名截止日期：即日起至 6 月 23 日(三)止。

1、郵寄：請寄到 404 台中市北區進化北路 238 號 7 樓之 5，罕見疾病基金會中部辦事處收。

2、傳真：04-2236-9853。

3、e-mail：[ps09@tfrd.org.tw](mailto:ps09@tfrd.org.tw)。

4、QR CODE 線上表單：<https://ppt.cc/fzm0Lx>(掃描右側條碼即可報名)

5、洽詢電話：04-2236-3595 轉分機 16，顏春華社工，報名後請來電確認是否順利完成報名。

