

ご案内

日本心臓病学会

チーム医療のための 症例検討会

日時：平成24年11月18日（日）10:00～16:00

会場：大阪大学銀杏会館3Fホール

www.office.med.osaka-u.ac.jp/icho/icho-jp.html

このたび、日本心臓病学会チーム医療委員会は、コメディカルスタッフを対象に「チーム医療のための症例検討会」を開催することとなりました。

コメディカルスタッフの方々は、ご自身の専門とする分野についてはよく勉強されていますが、他職種一具体的には看護やリハビリなどの職種に携わる方や心エコー、カテーテルに関わる方がどのように患者さんを支えているか、また、コメディカルスタッフから得られる情報から医師がどのように治療方針を組み立てているかに関して意外に知る機会が少ないように思います。今回の症例検討会の目的は、典型的な症例を用いて、知識を補い合い、お互いを知ることによって、チーム医療の質を向上させようというものです。テーマとしては、「急性心筋梗塞」「心不全」を考えております。日ごろ一緒に働いているチーム一緒に働いているチーム（医師、看護師、リハビリ技師、心エコー技師）ということで、神戸大学、大阪大学のチームがそれぞれ症例を提示します。実際の症例では必ずしもうまくいかないこともあります。それも提示していただき、ARS（Audience Response System）を使用しながら、皆さんと一緒に勉強できればと思います。たくさんの方々のお申し込み、ご参加をお待ちしております。

日本心臓病学会チーム医療委員会委員長
小室 一成（大阪大学大学院循環器内科学）

プログラム

講演「チーム医療とは」佐藤 幸人（県立尼崎病院）

症例検討会① 神戸大学チーム

「急性心筋梗塞症例におけるチーム医療」

司会：川合 宏哉（神戸大学）・坂田 泰史（大阪大学）

コメンテーター：佐藤 幸人（県立尼崎病院）

ランチョンセミナー

座長：小室 一成（大阪大学）

講師：粟田 政樹（関西労災病院）

症例検討会② 大阪大学チーム

「（非虚血性）心不全におけるチーム医療」

司会：川合 宏哉（神戸大学）・坂田 泰史（大阪大学）

コメンテーター：佐藤 幸人（県立尼崎病院）

申込

日本心臓病学会の
HPからも—

www.jcc.gr.jp

参加費：5,000円

（テキスト代・昼食代を含む）

募集定員：200名（申込成立順）

*申込は参加費のご送金を確認できた時点で成立となります。

お申し込み
お問い合わせ

日本心臓病学会「チーム医療のための症例検討会」運営事務局

TEL 06-6850-8560 / FAX 06-6850-8541 / E-mail jcc-case-conference@cresci.jp

申込方法

- ① 申込用紙に必要事項を記入し、運営事務局までメール添付またはFAXにてお送りください。
*以降はメール連絡を原則とします。FAXでの通信をご希望の場合はその旨ご明記ください。
- ② 申込用紙を受領しましたら送金案内をメールで送ります。送金案内メール受領後7営業日（平日）以内に参加費（5,000円）をご送金ください。送金先は送金案内メールに記載しております。
- ③ ご送金を確認できましたら申込完了通知をお送りします。ご送金いただいてから2週間以内に申込完了通知が届かない場合は、運営事務局までご照会ください。
- ④ 11月初旬に聴講券（ハガキ）を郵送します。参加の際にご持参ください。
- ⑤ テキスト（PDFファイル）は事前にお送りします。各自で印刷し、参加の際にご持参ください。
*ご送金いただいた参加費は主催側の事情で中止となる場合以外にご返金できませんので、ご了承ください。
*日本心臓病学会のホームページ（<http://www.jcc.gr.jp/>）からもオンラインでお申し込みいただけます。

申込締切日

平成24年10月22日（月）

*締切前であっても、定員満了となりましたら受け付けを終了させていただきます。

申込先： jcc-case-conference@cresci.jp

日本心臓病学会「チーム医療のための症例検討会」

2012年11月18日（日）／大阪大学銀杏会館3F 阪急電鉄・三和銀行ホール

申 込 用 紙

ご氏名	フリガナ	会員区分	<input type="checkbox"/> 会員医師（会員番号）
			<input type="checkbox"/> 非会員医師 <input type="checkbox"/> コメディカル <input type="checkbox"/> 前期研修医
勤務先		所属部課	
連絡先住所	〒 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		
TEL		FAX	
E-mail			
職 種	医師： <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 前期研修医 <input type="checkbox"/> その他（ ） 医師以外： <input type="checkbox"/> コメディカルスタッフ <input type="checkbox"/> その他（ ）		

*誤送信を避けるため、E-mailは判読しやすいようにご記入ください。