

# 申し込み用紙

第2回岐阜県小児在宅医療実技講習会を開催致します。

対象は医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の皆さんです。小児在宅医療の基礎知識、基本技術の習得を目的とし、顔の見える多職種連携をめざします。

小児在宅医療に興味・関心をお持ちの医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の皆さん、気軽にご参加ください。

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

職 種 医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士

所 属 名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

緊急連絡先 TEL(携帯) \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

\* 次のアンケートにご協力ください。

Q1 在宅医療に関してあなたの関わり（経験）についてお答えください。

1. これからすぐに始める予定がある    2. 今後考えている  
3. 現在すでに従事している    小児 ・ 成人 ・ 両方    経験年数 \_\_\_\_\_ 年  
4. その他 ( \_\_\_\_\_ )

Q2 この実技講習会への参加動機を簡単にお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

Q3 在宅人工呼吸器にこれまで直接関わった経験がありますか？（複数回答可）。

1. 処方経験あり（約 \_\_\_\_\_ 例）    2. ケア（調整あるいは管理・チェック）の経験あり（約 \_\_\_\_\_ 例）  
3. 処方あるいはケアの経験なし    4. その他 ( \_\_\_\_\_ )

Q4 在宅人工呼吸器に直接関わった経験のある方にお聞きします。在宅人工呼吸器のトラブルで困ったことがありますか？    1. いいえ

2. はい（具体的に \_\_\_\_\_ )

Q5 今回、在宅人工呼吸器の講義でお聞きになりたいことがありましたら具体的にお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

\* お弁当のご注文 1,000円（税込、実費）    希望する ・ 希望しない

\* ご連絡事項

- 参加の可否につきましては7月中旬までに所属機関へ郵送（封書）でご連絡します。
- 服装は軽装（動きやすい服装）をお願いします。
- 飲み物（水、お茶等）は当方でご用意します（無料）。
- 駐車場はホール利用者第一、第二臨時駐車場をご利用ください（無料）。

\* 保育預かりサービスを希望される方は記載をお願い致します。

年齢 \_\_\_\_\_ 人数 \_\_\_\_\_ 人    保育希望時間    一日 ・ 午前中 ・ 午後

留意点：お子さんのお食事は各自ご用意をお願い致します。

食事介助はお引き受けできかねますのでご了承ください。

岐阜大学 障がい児者医療学寄附講座

お申し込みはFAXにて：058-230-6387

締切：平成28年6月30日（木）必着