

息切れを知ろう 公開講座

2018年11月24日(土)

13:00~15:00(受付12:30~)

定員▶先着100人

受講料 **無料**

●会場：千葉市文化センター 5階セミナー室

※会場の詳細は裏面をご覧ください。



プログラム 講師：巽 浩一郎(千葉大学医学部附属病院 呼吸器内科 教授) 他

- ① 息切れって何だろう
- ② 息切れと呼吸器の病気(COPD、間質性肺炎、肺線維症など)
- ③ 息切れは肺の血管の病気でも起こる
- ④ 息切れを感じない病気・CCHSって何？

息切れは肺の血管の病気(肺高血圧症)でも起こる

息切れって何だろう

息切れが起こる

呼吸器の病気

身体を動かさないことは息切れにつながる

動きたくなくなる
身体を動かさない

足の筋肉が衰える

動かなくなる
(動けなくなる)

食欲低下

体力・筋力が低下する



「息切れ」について

わかりやすく学べる無料の公開講座です

主催：千葉大学医学部附属病院 呼吸器内科

共催：日本肺高血圧・肺循環学会 / GSK医学教育事業助成

後援：厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患政策研究事業「難治性呼吸器疾患・肺高血圧症に関する調査研究班」/ 千葉市

一般社団法人 千葉市医師会 / 公益社団法人 千葉県看護協会 / 一般社団法人 千葉県薬剤師会 / 一般社団法人 千葉県理学療法士会

事務局：一般社団法人日本保健情報コンソシウム

※この公開講座は「2017年度GSK医学教育事業助成」により行います。

会場

千葉市文化センター 5階セミナー室

〒260-0013 千葉県千葉市中央区中央2-5-1
TEL:043-224-8211

アクセス

- JR総武線「千葉駅」徒歩10分
- 京成千葉線「千葉中央駅」徒歩10分
- 千葉都市モノレール「葭川公園駅」徒歩3分



お申し込み方法 下記①か②のいずれかの方法でお申し込みください

① ホームページ よりお申し込みください。

※返信メールを受講票とします。プリントアウトしてご持参ください。

② 下記の申込用紙にご記入のうえ、**FAX:03-5772-6910**へこの面のみ送信してください。

※当社団事務局より郵送の受講票(はがき)をご持参ください。

お申し込み締切 11月20日(火) ※定員に達し次第、締切とさせていただきますが、締切後も席をご用意できる場合もございますのでお問い合わせください。

●個人情報の取り扱いについて

ご提供いただく情報(個人情報を含む)は、一般社団法人 日本保健情報コンソシウムのホームページのプライバシーポリシーに公表されている利用目的、または法令に基づく使用目的以外では使用いたしません。この内容に同意いただいたうえでお申し込みください。

〈お問い合わせ先〉

一般社団法人 日本保健情報コンソシウム事務局 〒102-0083 東京都千代田区麹町2-3-3 FDC麹町ビル3F
TEL:03-5772-7584 (9:00~17:00 土・日・祝を除く) eメールアドレス:info@concide.or.jp

息切れを知ろう 公開講座	申込用紙	このままご送信ください
(フリガナ)	職種(いずれかに☑してください)	
申込者氏名: (代表者)	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 介護師 <input type="checkbox"/> その他()	
受講票送り先(住所): (〒 -)	都 道 府 県	市 区 町 村
TEL ()	FAX ()	
eメールアドレス		
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 介護師 <input type="checkbox"/> その他()	
同伴者氏名①:		
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 介護師 <input type="checkbox"/> その他()	
同伴者氏名②:		
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 介護師 <input type="checkbox"/> その他()	
同伴者氏名③:		
講師へのご質問等ございましたらご記入ください。		

※同伴者の方で受講票を直接郵送(代表者と異なる送り先)ご希望の場合は、申込用紙を別にお送りください。申込用紙はコピーしてご使用ください。
※申込者および同伴者様の職種は必ず☑してください。

▲ お申し込み先FAX:03-5772-6910 ▲