

愛知会場

2016年6月4日(土)

13:00~16:00(受付12:30~)

保健指導者のための

熱中症

予防・対策セミナー

■ 会場:栄ガスビル ※会場の詳細は裏面をご覧ください。

■ 対象者:保健師・看護師・訪問看護師・医師・栄養士・介護師・学校教師・保育士などの指導者

■ 受講料:無料 ■ 定員:150人 ※お申し込み方法は裏面をご覧ください。

趣旨

近年、夏期の猛暑の影響もあり、高齢者の熱中症予防と対策に大きな関心が高まりました。とくに高齢者や子どもの場合、その予兆が見つけづらく、対応の遅れによる後遺症の問題も見逃せません。

保健指導者は、熱中症の誘引である脱水症に着目し、その予防や早期対策、経口補水療法について理解し、啓発・普及に努力をしていただきたいと思います。

プログラム

12:30~13:00
(30分)

受付

13:00~13:05
(5分)

開会挨拶 愛知県健康福祉部保健医療局健康対策課

13:05~13:35
(30分)

江南市の熱中症対策の取り組みについて

講師:長谷川 真子(江南市役所 健康福祉部健康づくり課 副主幹)

13:35~14:05
(30分)

施設における熱中症の取り組み事例

講師:古川 忠利(特別養護老人ホーム南山の郷 施設長)

14:05~14:20
(15分)

休憩

14:20~15:20
(60分)

高齢者の熱中症・脱水と経口補水療法

講師:井藤 英喜(地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 理事長)

15:20~15:40
(20分)

現場でできる経口補水療法の具体的実践方法

講師:井藤 英喜(地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 理事長)

15:40~16:00
(20分)

質疑応答 ※講師全員が参加します。

16:00

閉会 (アンケート回収)

主催:一般社団法人 日本保健情報コンソシウム

後援:愛知県/名古屋市(予定)/公益社団法人愛知県医師会/公益社団法人愛知県看護協会/名古屋市介護サービス事業者連絡研究会
一般社団法人 Save Our Kids/株式会社大塚製薬工場 (順不同)

回覧して皆様をご覧ください

会場

栄ガスビル 栄ガスホール

〒460-0008

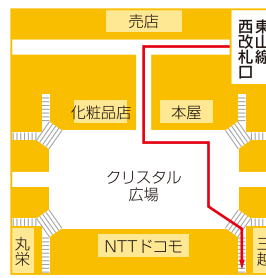
愛知県名古屋市栄3-15-33

TEL:052-731-7670

アクセス

- 東山線、名城線「栄」駅
西改札口より三越方面 サカエチカ6番出口 徒歩5分
- 名城線「矢場町」駅
北改札口より6番出口 徒歩2分

地下鉄「栄」駅 西口改札から
「サカエチカ6番出口」までの案内



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 [日本保健情報コンソシウム](#) [検索](#) 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。

※当社事務局より郵送の受講票(はがき)をご持参ください。

申込締切:6月1日(水) ※定員に達し次第、締切とさせていただきますが、締切後でも席をご用意できる場合もございますのでお問合せください。

●個人情報の取扱いについて

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

〒102-0083 東京都千代田区麹町2-3-3 FDC麹町ビル3F 一般社団法人 日本保健情報コンソシウム事務局
TEL:03-5772-7584 FAX:03-5772-6910(9:00~17:00 土・日・祝を除く) eメール:info@concide.or.jp

主催:一般社団法人 日本保健情報コンソシウム

後援:愛知県/名古屋市(予定)/公益社団法人愛知県医師会/公益社団法人愛知県看護協会/名古屋市介護サービス事業者連絡研究会
一般社団法人 Save Our Kids/株式会社大塚製薬工場 (順不同)

保健指導者のための 熱中症 予防・対策セミナー 愛知会場 申込用紙

このままご送信ください

所属名:	TEL ()
	FAX ()
eメールアドレス	
(フリガナ) 申込者(代表者)氏名:	職種(いずれかに☑してください) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 介護師 <input type="checkbox"/> 学校教師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他()
受講票送り先(住所): (〒 -)	都道府県 市区町村
同伴者氏名①:	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 介護師 <input type="checkbox"/> 学校教師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他()
同伴者氏名②:	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 介護師 <input type="checkbox"/> 学校教師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他()
同伴者氏名③:	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 介護師 <input type="checkbox"/> 学校教師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> その他()
熱中症予防・対策について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印をつけてください。

▲ お申し込み先:FAX 03-5772-6910 ▲