

保健指導者のための

熱中症

予防・対策セミナー

神奈川会場

2016年6月18日(土)

13:00~16:00(受付12:30~)

■ 会場:横浜シンポジア(横浜商工会議所内) ※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:250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 神奈川県保健福祉局保健医療部健康増進課

13:05~13:35
(30分)

熱中症対策の食生活について

講師:牛込 恵子(社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市東部病院 管理栄養士)

13:35~14:05
(30分)

高齢者施設の脱水症予防の実際

講師:苅部 康子(社会福祉法人親善福祉協会 介護老人保健施設 リハパーク舞岡 管理栄養士)

14:05~14:20
(15分)

休憩

14:20~15:20
(60分)

脱水症と熱中症、そのメカニズムと対策を理解する

講師:谷口 英喜(社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市東部病院 周術期支援センター長 兼 栄養部長 医学博士)

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:谷口 英喜(社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市東部病院 周術期支援センター長 兼 栄養部長 医学博士)

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:神奈川県/公益社団法人神奈川県医師会/公益社団法人神奈川県看護協会/教えて!「かくれ脱水」委員会
一般社団法人 Save Our Kids/株式会社大塚製薬工場 (順不同)

回覧して皆様でご覧ください

会場

横浜シンポジウム(横浜商工会議所内)

〒231-8524

神奈川県横浜市中区山下町2 産業貿易センタービル9F

TEL:045-671-7151(9:00~17:00)

アクセス

- みなとみらい線「日本大通り」駅
3番出口より徒歩5分
- JR「関内」駅または「石川町」駅より徒歩15分



お申込み方法 下記①か②のいずれかの方法でお申込みください

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15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:神奈川県/公益社団法人神奈川県医師会/公益社団法人神奈川県看護協会/教えて!「かくれ脱水」委員会

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 神奈川会場 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 市区 府県 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。

▲ お申込み先:FAX 03-5772-6910 ▲