

国立病院機構豊橋医療センター緩和ケア病棟

緩和ケア 1 日研修会 **参加者募集**

地域の緩和ケア教育、緩和ケア普及の一環として地域医療機関で働く医師、看護師、薬剤師を対象に実習を含めた研修会を開催することとしました。一日に1~2名程度（最大4名）での実習を行います。

日程は月・木曜日で開催いたします。申込書にご希望の日にちをご記入ください。応募された参加者の人数と当院の実習担当者のスケジュールに合わせて相談の上、決定いたします。（ただし、医師の場合は医師の診療の都合により月・木に限りません）また、昨今のコロナ禍の実情を踏まえて研修に参加するにあたり、研修日から遡って2週間の健康観察表を提出していただきますのでご協力をお願いします。

緩和ケアに関心のある方、当院の緩和ケアの実際を知りたい方、ちょっと覗いて体験してみたいと思っている方、ぜひご参加ください。

※日程的に1日は無理だという方は半日コースも相談にのりますのでご相談ください。

申し込み受付：2022年7月1日より受付開始

対象：医師、看護師、薬剤師

申し込み先：国立病院機構豊橋医療センター地域連携室

FAX：0532-62-0433

メール：314-tmc-iji@mail.hosp.go.jp

申し込み方法：FAX、Eメールにて、①氏名、②連絡先（住所、電話番号、メールアドレス）、③勤務先医療機関名、④職種、⑤希望日時を記載し、お申込み下さい。



緩和ケア 1 日研修会 申込書

①氏名 (ふりがな)	()
②連絡先 住所	
電話番号	
メールアドレス	@
③勤務先医療機関名	
④職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師
⑤希望日時	
その他	

(申し込み先) 国立病院機構豊橋医療センターー地域連携室

FAX : 0532-62-0433

メール : 314-tmc-iji@mail.hosp.go.jp

健康観察表

施設名	職種	氏名
-----	----	----

- * 体温計は各自準備してください
- * 研修開始2週間前からの記録が必須です
- * 1日1回朝の体温測定を実施してください
- * 研修時に持参し提出してください

日付	体温	咳	咽頭痛	息切れ	倦怠感	下痢	味覚・嗅覚異常
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
月 日	°C	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし

- * 健康観察中、三密と思われる場所への滞在があった場合は記載をお願いします。
- * 上記の項目以外に気になる症状があれば日付と症状を記載してください（例：3/10 めまい）

* 用紙が足りない場合は各自コピーし記録してください。