

第34回神奈川ストーマリハビリテーション講習会 受講生募集のお知らせ

1.日時・場所

【日時】2018年6月23日(土)、6月30日(土)、7月1日(日) 8:30~18:00 の3日間
【場所】横浜市立大学福浦キャンパス ヘボンホール(神奈川県横浜市金沢区福浦3-9)

2.内容

ストーマリハビリテーションの基礎知識に関する以下の内容です

- ・ストーマ造設術前看護
- ・ストーマ造設術前・術後ケア
プログラム立案
- ・消化管ストーマの術後看護
- ・尿路ストーマを要する疾患・術式・合併症
- ・尿路ストーマの術後看護
- ・骨盤内手術後の排尿・性功能障害
- ・小児ストーマを要する疾患・術式・合併症
- ・がん化学療法を受ける患者のストーマケア
- ・緩和ストーマのケア
- ・小児ストーマケア
- ・ストーマ用品の概要と選択
- ・スキンケアの基礎
- ・ストーマ合併症のケア
- ・日常生活指導と外来
- ・退院支援と社会保障
- ・胃瘻の管理
- ・ストーマケア演習

3.講師

神奈川県内に勤務する医師・看護師

4.受講資格・募集人数

神奈川県内の病院・訪問看護ステーションなどに勤務している看護師・医師 100名

5.受講料

¥18,000

テキスト、演習用模型、演習用ストーマ用品代を含みます。
前納(銀行振り込み)、受講決定者には後日ご連絡いたします。

6.募集要領

1)別紙の受講申込み書(必要事項を記入)、返信用封筒(A4サイズの封筒に120円切手貼付、宛名記入)を同封し下記宛にお送り下さい。

・受講申込み書は一人につき一枚とし、ご施設内に複数の応募者がいる場合は、施設内優先順位を必ず記載したうえで、まとめて郵送下さい。ご施設の規模により1~3名の応募でお願いいたします。

・受講申込み書は、神奈川ストーマ研究会ホームページ(<http://www.kanagawa-stoma.com>)からもダウンロードが可能です。

*返信用封筒、切手貼付がない場合は、お申し込みが無効となりますので、郵送前にご確認ください。

申込み先: 〒211-8533

神奈川県川崎市中原区小杉町1-396 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部 看護事務室
第34回神奈川ストーマリハビリテーション講習会 実行委員会 野村好美

FAX: 044-396-8517

*お問い合わせはFAXのみでお願い致します

***講習会開催地と申し込み先は異なりますのでご注意ください**

2) 募集の採否は5月下旬に郵送でお知らせいたします。尚、採用後の受講者変更はできません。

3) 申込み締め切り: 2018年4月18日(水) 必着でお願いします。それ以降のものは受け取ることができませんのでご了承ください。

7.備考

- (1) 本講習会は人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算(450点)の施設基準において定められている20時間以上の研修です。全日程参加された方に受講修了証を発行いたします。
- (2) ストーマリハビリテーション講習会リーダーシップコースの受講には本講習会を修了していることが条件となります。

主催: 神奈川ストーマ研究会

第34回 神奈川ストーマリハビリテーション講習会 受講申込書

採用人数は各施設の規模により1～3名となります。各施設内での優先順を()内に数字でご記入下さい。必ず看護部長(病院長)または所属長(医長)の許可を受けて下さい。

施設名:	施設全体の病床数:	床
施設内優先順 ()		
ふりがな		
氏名:	所属:	臨床経験年数: 年
性別: 男・女		
<p>1. ストーマ経験数を下記から選び○をつけてください。</p> <p>1) 尿路ストーマ(成人・小児) (1)なし (2)1-10例 (3)11-20例 (4)21-50例 (5)50例以上</p> <p>2) 消化管ストーマ(成人・小児) (1)なし (2)1-10例 (3)11-20例 (4)21-50例 (5)50例以上</p> <p>2. ストーマケアについておたずねします。ストーマ用装具を使用する際、どのように決めていますか。 下記から選び○をお付けください</p> <p>(1) 病棟のスタッフと相談する (2) 自分で決めている (3) WOC・ET ナースに相談する (4) その他()</p> <p>3. 日頃使用している装具のメーカーをお書き下さい。</p> <p>4. 今までストーマケアを行って来て困ったことがありましたらお書き下さい。</p> <p>5. 今回の講義及び演習で学びたいこと</p>		
看護部長(病院長)または所属長(医長)署名:		印
施設名:		
住所: 〒		
TEL:	FAX:	

A4サイズの返信用封筒に宛名をご記入の上、120円切手を貼って同封して下さい。
返信用封筒・切手がないものは採用いたしません。
 2018年4月18日(水)必着でお願いします。締め切り以降は受付致しません。

第 34 回神奈川ストーリーマリハビリテーション講習会
お申し込みチェックリスト

郵送前に以下の項目をご確認いただき、申込書と共にお送りください。

確認項目	ご確認いただき○を記入してください。
1.受講申込書の同封	
2.施設内優先順位の記入	
3.看護部長(病院長)または所属長(医長)のご署名	
4.返信用封筒の同封	
5.返信用封筒の 120 円切手貼付	

記入日: 年 月 日

※お申し込み後、講習会担当者からご施設へお問い合わせさせていただく場合がございますので、連絡先をご記入ください。

《連絡先》

氏名: _____

所属部署: _____

役職: _____

メールまたは電話番号: _____