

講義とデモ(ポジショニング、力のいらない介助動作など)で学ぶ!

平成29年 10月1日(日) 東京開催

# 褥瘡ゼロを目指す! 褥瘡予防対策セミナー

※本セミナーでは、実習時間は設けておりませんので、予めご了承ください。

## ◆このような方にお勧めするプログラムです。

- ①「頑張って取り組んできたけど、褥瘡の患者さんが減らない!」とお悩みの方
- ②「治療法の追求だけでは褥瘡の発生は減らない」と感じている方
- ③ 根拠に基づいたマットレスの選択方法を学びたい方
- ④ 手軽にできる褥瘡リスクアセスメント「OHスケール」を本格的に学びたい方
- ⑤ 職場スタッフへ褥瘡についての研修をしなければならない立場の方
- ⑥ できる限り力のいらない体位変換・移乗法などを学びたい方



### 講師: 堀田 由浩 先生

形成外科 医師、愛知県出身

■日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会理事  
 ■統合医療希望クリニック院長  
 ■愛知県みよし市床ずれ対策事業プロデューサー  
 ■なごやかクリニック床ずれ往診医  
 ■執筆「OHスケールによる褥瘡予防・治療・ケア(中央法規出版)」他

※OHスケール(褥瘡リスクアセスメント)のHIは、堀田先生のイニシャルです。

★携帯サイトはこちらから↓



<http://bit.ly/IRqHQU>

★PC・スマートフォンはこちら↓

さらに詳しいセミナー情報は、  
 ホームページをご覧ください。  
<http://www.medisemi.com>

メディカルセミナーズ

検索

|             |   |
|-------------|---|
| 開催日時        | 平成29年 10月 1日(日) 10:00 ~ 16:00 (開場9:30~)   |
| 会場          | 連合会館 201会議室 / 東京都千代田区神田駿河台3-2-11<br>【地下鉄】新御茶ノ水駅から徒歩0分、【JR】御茶ノ水駅から徒歩5分 他   |
| 講師          | 堀田 由浩 先生 / 日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会 理事  |
| 対象 / 定員     | 看護職、介護職などのすべての医療介護従事者 / 定員: 60名   |
| 受講料金        | 12,960 円(税、資料込) ※受講料に昼食は含まれませんので、各自でお取りください。<br><b>グループ割引</b> (税、資料込)<br><b>2名様同時にお申込みの場合: お一人様 11,880 円</b><br><b>3名様以上同時にお申込みの場合: お一人様 10,800 円</b> |
| 参加特典①       | 参加者全員に骨突出判定器(定価 1,250円)を、無料進呈いたします。   |
| 参加特典②       | 希望者全員に、動画学習サイト「看護師のための5分間動画ライブラリー」を、1ヶ月間無料視聴できる権利を提供。★堀田先生の動画も視聴できます!   |
| プログラム       | 【講義】褥瘡予防に必要な条件とは? / 褥瘡リスクアセスメントの種類と選択(OHスケール他) / マットレスの種類と選択/こんな体位変換してませんか? 他<br><b>【デモンストレーション】</b> 体位別体圧&ずれ力チェック/ポジショニング 他                          |
| 主催<br>お問合せ先 | 株式会社メディカルセミナーズ / 東京都調布市佐須町3-11-3-3F<br><b>電話: 042-486-0477 FAX: 050-3488-0116 (24時間受付)</b>  |

## お申し込み方法 & お申込後の流れ

- ① FAX、電話、ホームページからお申込みください。(下記参照)
- ② お申込みをされた方には、セミナー当日のご案内、受講料のお支払方法などをお知らせします。③ 受講料のお支払いが完了された方には、受講票、会場地図などを郵送いたします。

✓ FAXの場合: 下記に必要な事項をご記入の上、FAXしてください。当社よりお申込み代表者様宛にFAXでご返信いたします。

✓ 電話の場合: 当社(042-486-0477)に連絡し、参加希望のセミナー名をお伝えください※受付時間: 9~17時(土日祝日を除く)

✓ ホームページの場合: 当社ホームページ(<http://www.medisemi.com>)からお申込みください。当社よりメールでご返信いたします。

|               |                            |               |                     |
|---------------|----------------------------|---------------|---------------------|
| お申込み代表者名      | フリガナ                       | 施設名           | 勤務部署                |
| 受講票送付住所       | ↓どちらかを○で囲ってください。〒 (自宅・勤務先) |               |                     |
| 参加人数          | 名                          | 電話番号 (緊急連絡先)  | FAX番号 (必須) (自宅・勤務先) |
| すべての受講者名/フリガナ | ご職種                        | すべての受講者名/フリガナ | ご職種                 |
| 1             |                            | 3             |                     |
| 2             |                            | 4             |                     |

メディカルセミナーズ事務局行き  
 お申込み F A X 番号 (24時間受付)

# ▶ 050-3488-0116

site