

第20回 佐賀実践フットケア研究会 (in 鳥栖) 実技研修会のご案内

【日時】平成27年 7月 14日(火) 19:00～21:00

【場所】やよいがおか・鹿毛病院 住所:佐賀県鳥栖市 弥生が丘二丁目143

本研究会は具体的には以下の目標の達成に努め、その治療コンセプトと実技の習得を目指します。

- ①発症してしまった下肢慢性創傷の早期治療と各診療科・施設の連携
- ②予防的フットケア技術の普及

そのために今後、講義を中心とした「本研究会」と実技・実習を中心とした「実技研修会」を開催してまいります。

【活動内容】

- ①下肢慢性創傷治療に関しては講義のみならず実際の症例のカンファレンスを通して治療技術の向上に努める。
- ②予防的フットケアに関しては実習を通してフットケア、下肢潰瘍治療の技術を習得する。
- ③各地域において予防的フットケア、下肢慢性創傷の治療のネットワークを構築する。

18:50 共催会社 会社・製品紹介

テーマ:「明日から役立つフットケア技術の基礎」

19:00 オリエンテーション: 唐津赤十字病院 糖尿病療養指導士 吉田のぞみ

19:00-20:45

【実技演習】

●(爪)爪ゾンデ、爪やすり、爪切りニッパー、グラインダー(角質)コーンカッター、レデューサー、グラインダー等の器材やエプロン、シーツ、マスク、手袋、コットンなどの消耗品を用意致します。普段ご自分で使用される器材を持参いただいても構いませんが参加費は一律徴収させていただきます。

●当日は足を出せる服装で爪を伸ばしておいで下さい。

・観察のポイントとアセスメント

・爪と爪周囲のケア ・スキンケア(角質除去と保湿ケア)

演習指導者

足のナーステーション High five 代表

佐賀県立医療センター好生館 皮膚・排泄ケア認定看護師

佐賀大学医学部附属病院 糖尿病看護認定看護師

唐津赤十字病院 糖尿病療養指導士

NPO法人健康・介護ホリスティック協会

井上 祐子

江口 忍

藤井 純子

吉田のぞみ

福田 美紀子

20:45-20:55

【まとめ・情報交換・挨拶】

佐賀県立医療センター好生館 皮膚・排泄ケア認定看護師 江口 忍

20:55-21:00

「足病変の治療予防 連携ネットワークHome Page」のご案内 (事務局)

●40名限定につき、参加希望人数が多い場合、抽選させていただきます。

* 福岡県筑後地区及び佐賀県糖尿病療養指導士認定(2単位)が取得できます。

* 5学会合同認定 透析療法指導看護師認定(2ポイント)が取得できます。

【共催】佐賀実践フットケア研究会、 NPO法人「よりよい地域医療を応援する会」
株式会社アステム、アルケア株式会社、株式会社カネカメディックス、ケーシーアイ株式会社

【事務局】NPO法人 よりよい地域医療を応援する会(お問合せ:TEL: [TEL:090-5929-1293](tel:090-5929-1293) 吉末)

・事前申込の必要があります。別紙申込書に記載の上FAXください。

・当日は参加費として一人 1,000円を申し込み受けますのでご了承くださいませ。

・当日はご参加の確認のため、施設名、氏名 の記入をお願いいたします。ご提供頂きました個人情報、講演会のご出席の確認とご連絡のために使用致します。個人情報は共催関係者を除く第三者に開示、提供することはありません。

やよいがおか・鹿毛病院 案内図



やよいがおか鹿毛病院までの交通 JR鹿児島本線／

弥生が丘駅より徒歩約10分

西鉄天神大牟田線／小郡駅よりタクシー約15分

西鉄バス／JR鳥栖駅より基山駅前行きバスで22分、弥生が丘病院前下車。本数少ない

西鉄バス／JR基山駅よりJR鳥栖駅行きバスで9分弥生が丘病院前下車。本数少ない

マイカー／九州道鳥栖インターを降り福岡方面へ国道3号線に入り

弥生が丘入り口交差点から弥生が丘駅方面へ左折～JRのガードをくぐり

二つ目の信号(ほんごう大池前)を右折

マイカー／国道3号線弥生が丘入り口交差点から弥生が丘駅方面へ

(福岡からは右折久留米からは左折)～JRのガードをくぐり二つ目の信号

(ほんごう大池前)を右折

マイカー／鳥栖筑紫野有料道路ゆ比(ゆび)インターを出て弥生が丘駅国道3号方面へ

～二つ目の信号(ほんごう大池前)を左折

FAX to NPO法人「よりよい地域医療を応援する会」

受付先: (株)アステム佐賀支店 FAX: 0952-71-1034

「第20回 佐賀実践フットケア研究会 in 鳥栖 実技研修会」 参加予約申込書

- 参加ご希望の方は申込書にご記入の上、上記番号までファックスをお願いします。
- 過去ご参加いただいた方でも、必ずその都度お申込みをお願いいたします。
- 参加希望人数が多い場合は、抽選とさせていただくことがあります。あらかじめご了承下さい。

FAX締切り: 7/7(火)まで

※必ず連絡が受け取れるEメールアドレスを記載ください。

病院・施設名 :

ご住所 : 〒

【 医師・看護師・その他() 】(○をつけてください)

ご所属 :

役職 :

ご氏名 :

連絡先 : TEL _____ FAX _____

連絡Eメールアドレス : _____ @ _____

【 医師・看護師・その他() 】(○をつけてください)

ご所属 :

役職 :

ご氏名 :

連絡先 : TEL _____ FAX _____

連絡Eメールアドレス : _____ @ _____