

# 第2回 糖尿病看護認定看護師による糖尿病看護研究会 研修会のご案内

日時 : 2011年 11月 20日 (日) 9:55 ~ 17:00 (開場 9:30 ~)  
場所 : 学研ホール (東京都品川区西五反田2-11-8) ※地図参照  
参加費 : 3,000円 ※昼食はご持参下さい  
定員 : 125名 (先着順 定員になり次第受付終了)  
参加申し込み方法 : 往復はがきで申し込み  
詳細は糖尿病サポートステーションホームページ  
<http://www.dm-support.net> をご参照ください

## < プログラム >

(進行) 小川赤十字病院 金子貴美江

9:55~10:00 開催挨拶 東京急行電鉄株式会社東急病院 宗村文江

10:00~11:00 講義1 座長 順天堂大学医学部附属順天堂医院 中原美穂

『血糖パターンマネジメント II』 ~いろいろな治療を受けている患者さんの血糖値~

講師 信州大学医学部附属病院 看護部

糖尿病看護認定看護師 高橋 良恵先生

11:00~12:00 講義2

- 1) 周手術期にある患者の血糖値の変動 社会保険病院 村岡知美
- 2) 高カロリー輸液を受ける患者の血糖値の変動 小川赤十字病院 金子貴美江
- 3) 経腸栄養を行う患者の血糖値の変動 日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院 竹山聡美

12:00~12:50 昼休憩

12:50~17:00 グループワーク:事例検討 司会進行:昭和大学病院附属東病院 柏崎純子  
東邦大学医療センター大森病院 杉宮伸子

◆事例紹介・アセスメント グループワーク 発表・全体討議

<グループワーク:事例検討の進め方>

講義2の1)・2)・3)のテーマに分かれて事例検討を行います。  
研修申し込みのはがきに希望するテーマを明記していただきます。  
(当日の研修申し込み状況にてご希望に添えないこともございますのでご了承ください。)

※グループワークには糖尿病看護認定看護師が参加致します

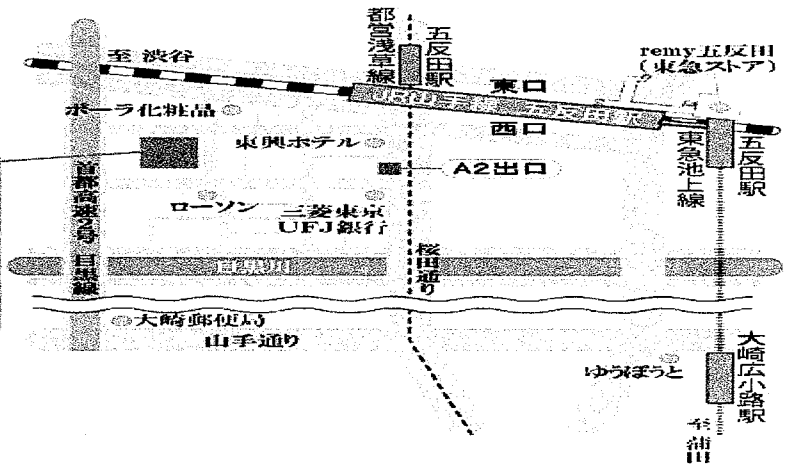
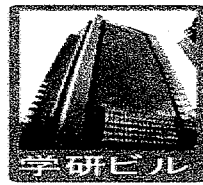
- \* 日本糖尿病療養指導士認定更新のための研修単位《第2群》(申請中)
- 日本糖尿病教育・看護学会《第1群》2単位 (申請中)
- もしくは、日本糖尿病療養指導士認定機構《第2群》2単位 (申請中)のいずれかを取得できます。
- (30分以上の遅刻または早退は参加証をお渡しできませんのでご注意ください。)

主催 : 糖尿病看護認定看護師による糖尿病看護研究会



# 研修会会場地図

住所: 東京都品川区西五反田2-11-8  
 電話: 03-6431-1863(代表)  
 JR五反田駅西口徒歩5分



◆申し込み方法: 往復はがき、1人1枚(連名は無効)に、下記の必要事項をご記入の上郵送してください。

申し込み先 〒142-0054 東京都品川区西中延2-14-19 昭和大学病院附属東病院  
 糖尿病看護認定看護師 柏崎純子あて

- ◆記入必要事項: ①氏名 ②所属 ③連絡先住所 ④電話番号 ⑤Fax番号 ⑥CDEJ単位希望(1群or2群)  
 ⑦グループワーク事例の希望番号  
 1) 周手術期にある患者の血糖値の変動  
 2) 高カロリー輸液を受ける患者の血糖値の変動  
 3) 経腸栄養を行う患者の血糖値の変動  
 ⑧復側のはがきの表書き(ご自分の郵便番号/住所/氏名)

◆必ずハガキでの申し込みと併せ、事前に参加費を振り込みください。

振り込み明細書は研修会当日まで保管しておいてください。

参加費の振り込み口座

口座名義: 糖尿病看護認定看護師による糖尿病看護研究会

貯金種目: 普通預金

口座番号: (記号)10130 (番号)52999921 店番: 018

※なお1度振り込まれた参加費は返金はいたしません。

◆参加費の入金確認後、はがきを返信致します。

※尚、参加費お振り込み後2週間以上経過しても返信はがきがお手元に届かなかった場合は、以下のメールアドレスにお名前、ご所属、参加費を振り込んだ日を明記しメールにてご連絡ください。

メールアドレス: [dmkangokenkyukai@gmail.com](mailto:dmkangokenkyukai@gmail.com)

◆お申し込み受付: 9月1日受付開始 定員になり次第受付を終了させていただきます。

はがき記入例

往復はがき (往・表)

往復はがき (往・裏)

<p>〒142-0054</p> <p>昭和大学病院附属東病院                  糖尿病看護認定看護師                  柏崎純子 行</p> <p>東京都品川区西中延二の十四の九</p>	<p>①氏名</p> <p>②所属:</p> <p>③ご連絡先住所(勤務先・自宅):</p> <p>④電話番号:</p> <p>⑤FAX番号:</p> <p>⑥希望CDEJ参加証(当日変更可):                  1群・2群</p> <p>⑦グループワーク事例希望                  1) 周手術期                  2) 高カロリー輸液                  3) 経腸栄養 のいずれか</p>
--	--