

第4回 松江赤十字病院 緩和ケア地域連携検討会(研修会)

疼痛の有る患者が希望する場所で療養するために

「終末期に生じた症状増悪への対応を考える」

日時 令和2年1月30日(木) 17:30~18:40

会場 松江赤十字病院 別館1 2階 会議室

内容

「家で最期まで暮したい」と、希望をことばにしていた患者。
終末期に腰部~下肢の痛みが増強し、排泄・食事行動に支障を生じた。
患者は自宅療養を希望。家族は希望を叶えたい思いと介護への不安あり。
上記のケースを通し
患者の希望を支えるために、“各々の立場で どのような時に・何が出来るか”
を、考えたいと思います。

~提示~

開業医 医師の立場から

開業医 看護師の立場から

訪問看護の立場から

ケアマネジャーの立場から

病院の立場から

QOLを支える.切れ目のない緩和ケア提供の ONE・TEAMへ!

対象 医療・介護に従事する方

申し込み 裏面の申込書に記入頂き FAXでお申し込み下さい

FAX 0852-32-4204 緩和ケア部会事務局 宛

〆切 令和2年1月23日 (木) 16時

※当日のご参加も可能ですが、準備の都合上、できるだけ事前申込をお願い致します
お問い合わせ 松江赤十字病院 緩和ケア部会 事務局 (中原)

TEL: 0852-61-9545 FAX: 0852-32-4204

担当者 緩和ケアチーム 医師: 渡部祐子 看護師: 加藤由希子・川上和美

Fax 送信票 0852-32-4204 緩和ケア部会事務局宛

添書不要

第4回 松江赤十字病院 緩和ケア地域連携検討会(研修会) 参加申込書

テーマ 疼痛の有る患者が希望する場所で療養するために

「終末期に生じた症状増悪への対応を考える」

送信者 所属 _____ 氏名

電話番号 _____ (研修連絡にのみ使用致します)

参加者 施設名 (_____)

職種 _____ 氏名

職種 _____ 氏名

職種 _____ 氏名

*****疑問・意見*****

症状増悪時の医療・ケアについて疑問や困り事、奏功した工夫などございましたら、申込に併せて事前にお知らせください。研修の参考にさせていただきます。

× 切：令和2年1月23日 (木) 16時

※当日のご参加も可能ですが、準備の都合上できるだけ事前申込をお願い致します

お問い合わせ： 松江赤十字病院 緩和ケア部会 事務局(中原)

TEL： 0852-61-9545 FAX： 0852-32-4204

担当者 緩和ケアチーム 医師：渡部佑子 看護師：加藤由希子・川上和美