

令和5年4月18日

各位

大分市連合医師会 在宅医療部
代表 木下 昭生

令和5年度 在宅医療講演会の開催について（ご案内）

春暖の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。また、平素より在宅医療・介護の推進にご理解とご協力を賜り誠にありがとうございます。

さて、大分市連合医師会では、地域包括ケアシステムの構築に向け、大分市在宅医療・介護連携推進事業として地域における切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の整備をめざし、医師ネットワーク会議を設け在宅医療・介護における医師、医療機関相互の連携などをテーマに協議を行っているところです。

こうした協議を受けて始めた在宅医療講演会も今年度で3回目となりますが、今回は新型コロナウイルス感染症が5月8日から感染症法上の第5類相当となることを受け、その後の治療、対応の参考としていただけるよう、同感染症の治療をテーマとして下記のとおり開催することといたしました。

つきましては、医師同士の連携推進に向け、在宅医の先生や専門医として在宅医療に関わっておられる先生のみならず、在宅医療、地域医療に興味、関心をお持ちの先生方にも是非ご参加いただければと考えておりますので、ご多忙中とは存じますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、参加の申込みにつきましては、別紙講演会チラシを参照の上、令和5年5月22日（月）までにFAXまたはWeb上で送信くださるようお願いいたします。

また、講演テーマに関するご事前質問を受け付けております。いただいた質問につきましては、できる限り当日講演会の中でご回答させていただきたいと考えております

記

- 1 日 時 令和5年5月26日（金）19：00～21：00
- 2 形 式 Zoom ミーティングによる Web 講演会
- 3 内 容 「在宅医療講演会 ～新型コロナウイルス感染症とわれわれはどう戦ったのか～」
 - (1)講 演：入院治療の実際とかかりつけ医に期待すること
講 師：大分三愛メディカルセンター 理事長 三島康典先生
 - (2)講 演：かかりつけ医の役割～往診サポート医活動を交えて～
講 師：ハートクリニック 院長 小野隆宏先生第2部 質疑応答・意見交換会
- 4 その他 日本医師会生涯教育制度 1.5 単位「地域医療」が取得可能です。

【お問い合わせ先】

大分市連合医師会 在宅医療部

大分市在宅医療・介護連携支援センター 担当：太田・宮本

TEL：097-529-7851

令和5年度

在宅医療講演会

新型コロナウイルス感染症と われわれはどう戦ったのか

Zoom
開催

5月26日(金) 19:00~21:00

講演

入院治療の実際とかかりつけ医に期待すること

講師:大分三愛メディカルセンター 理事長 三島康典先生

かかりつけ医の役割～往診サポート医活動を交えて～

講師:ハートクリニック 院長 小野隆宏先生

質疑応答・
意見交換会

座長

大分市連合医師会在宅医療部 木下昭生代表

事前質問、講話を受けて、質疑応答、意見交換を行います。

事前質問は、参加申込書または下記QRコードから受け付けております。

参加について



左記QRコードまたは別紙在宅医療講演会参加申込書から5/22(月)までにお申込みください。
5/24(水)に、当日参加に必要な情報と資料をメールにて送付いたします。
なお、講演中の録音、録画、カメラ撮影、スクリーンショット等をご遠慮ください。

在宅医療を行っているかどうかにかかわらず、是非ご参加ください。

お問合せ先

大分市連合医師会 在宅医療部 大分市在宅医療・介護連携支援センター

所在地:大分市大字荏隈字庄ノ原1790番地1(大分郡市医師会内)

TEL:097-529-7851 FAX:097-529-7872

E-Mail: zaitaku@oitamd.com

HP: <https://www.oita-renkeishien.jp/index.html>



在宅医療講演会(5/26) 参加申込書

Web 申込

大分市連合医師会 在宅医療部 大分市在宅医療・介護連携支援センター 行き
FAX:097-529-7872 締切り 5/22 (月)



1 参加方法

- ① 5月22日(月)までに、2~4に必要事項を記入の上、FAX送信してください。
- ② 5月24日(水)に申込者のメールアドレスに「Zoom 研修会参加用」のミーティング ID とパスコード及び当日資料等を送信いたします。
- ③ 研修会当日(5/26)は、添付された資料の準備をご自身でお願いいたします。
Zoom 入室前に、名前の変更(フルネームで入力)をお願いします。
※日医生涯教育制度の単位希望の方は、名前と顔の確認が必須となりますので、ご協力お願い致します。

2 医療機関情報(参加申込は端末ごとにお願ひします。)

医療機関名 : _____

TEL : _____

メールアドレス : _____

- ※ 誤記等がないかご確認の上、アルファベットは、大文字と小文字が判別できるように記入してください。
次の文字、数字、記号が入る場合は、矢印で下にカタカナを補記してください。

記入例 〇 0 1 ℓ - _

 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓

 オー ゼロ イチ エル ハイフン アンダーバー

3 参加者情報

医籍登録番号と生年月日は、日医生涯教育制度の単位希望の方のみご記入下さい。

氏名		医籍登録番号		生年月日	
氏名		医籍登録番号		生年月日	
氏名		医籍登録番号		生年月日	

4 事前質問

講演テーマに関する事で、事前に講師に質問したいことがございましたら、ご記入ください。

()