第 7 回 秋田県糖尿病看護ネットワーク

【日　　時】 2015 年 2 月 14 日（土） 14:20 ～ 18:00
【場　　所】 メイン会場：秋田会場、サテライト会場：県北会場、県南会場
【参 加 費】 会員 1000円（会員 500 円：年会費 500 円）　非会員 1000円
【申込方法】 裏面の参加申込書に必要事項を記入の上、FAX で申込み下さい。
【認定単位】 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〉 1 単位・〈第 1 群〉(看護職) 2 単位 申請中
秋田県糖尿病療養指導士認定更新のための研修単位4単位 申請中
※ 但し、遅刻・早退の場合は参加証が発行されない場合があります。

本会はインターネットWeb会議システムを使用しメイン会場とサテライト会場を結ぶ研修会です。
全 3 会場、電話回線及びチャット画面を通しての質疑・ディスカッションが可能です。
総会にご出席できない方は同封の委任状を FAX、または郵送でご提出お願い致します。

<<<<<<<<<<　プログラム　>>>>>>>>>>

14:00～14:15 総会　　秋田県糖尿病看護ネットワーク代表世話人 本荘第一病院 菊地 入子
14:15～14:20 非会員入場
14:20～14:25 開会のあいさつ　　秋田県糖尿病看護ネットワーク代表世話人 本荘第一病院 菊地 入子
14:25～15:25 **教育講演**　　座長 ： 秋田赤十字病院 外来看護師長 高橋 郁子

患者の思い、家族の思い、医療者の思い、
高齢糖尿病患者さんへの看護支援を考える

～もしも、桃太郎が鬼退治に行った後、桃太郎のおじいさんが糖尿病になったら～

講師　公立置賜総合病院　糖尿病看護認定看護師　井渕 奈緒美先生

15:25～15:35 休憩
15:35～17:55 グループワーク　司会・進行： 秋田赤十字病院 外来看護師長 高橋 郁子

「看護師さん、インスリン注射をしている 80 歳代の女性患者さんの血糖値が最近悪化してきました」
事例提供者：公立置賜総合病院 糖尿病看護認定看護師 井渕 奈緒美先生

15:35～15:55 事例提供　　16:55～17:20 各会場での発表
15:55～16:45 グループワーク　　17:20～17:40 代表グループ発表
16:45～16:55 ～ 休憩 ～　　17:40～17:55 解説・質疑応答

＜秋田会場＞ コーディネーター　秋田赤十字病院 外来看護師長 高橋 郁子
ファシリテーター　秋田大学医学部附属病院 看護師 西田美樹子、本荘第一病院 保健師 照井紀美子
秋田大学医学部附属病院 看護師小野拓也、本荘第一病院 保健師主任 三浦美奈子
やまだ糖尿病・胃腸内科クリニック 看護師長 齋藤了子
＜県北会場＞ コーディネーター　大館市立総合病院 副看護師長 畠山晴美
ファシリテーター　大館市立総合病院 副看護師長 若松由里子、北秋田市民病院 看護師 小林まさみ
大館市立総合病院 栄養技師長 安部淳子、かづの厚生病院 看護師 苗代沢美里
＜県南会場＞ コーディネーター　平鹿総合病院 糖尿病看護認定看護師 原 萌黄
ファシリテーター　高橋医院 看護師 杉山寛子、大曲中通病院 看護師 煤賀恵美、

大曲厚生医療センター　看護師　斉藤るり子

17:55～18:00　閉会のあいさつ　　秋田県糖尿病看護ネットワーク世話人 高橋医院　杉山　寛子

共催　秋田県糖尿病看護ネットワーク　日本糖尿病教育・看護学会　日本イーライリリー株式会社

【会場】

メイン会場	会場	所在地	電話番号	会場コーディネーター
秋田会場	秋田市民交流プラザALVE 多目的ホールB	秋田市東通仲町4－1	018-887-5310	本荘第一病院 保健センター長　菊地　入子

サテライト会場	会場	所在地	電話番号	会場コーディネーター
県北会場	ロイヤルホテル大館 2階桃山の間	大館市中道 1 丁目 2-26	0186-49-4511	大館市立総合病院 副看護師長　若松　由里子
県南会場	平鹿総合病院 2階講堂	横手市前郷字八ツ口 3-1	0182-32-5121	高橋医院 看護師　杉山　寛子

【参加申し込み方法】

お申し込みは日本イーライリリー担当者経由、または FAX にて受付いたします。

FAX でのお申し込みの場合、下記に必要事項をご記入の上 FAX 送信下さい。

※　個人情報は、本会の登録・管理目的以外で使用・転用することは一切致しません。

※　締切り　2 月 4 日（水）

FAX 送信先　022－712－8065

日本イーライリリー株式会社　北日本支店　佐々木　将　宛

【第 7 回秋田県糖尿病看護ネットワーク　参加申込書】　会員用

○参加希望会場：　1　秋田会場　　2　県北会場　　3　県南会場

※4～8は、変更があった場合記入下さい。

1. 氏名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 所属施設／部署　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿／＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 日本糖尿病教育・看護学会　：　会員　　有（　　）・　無

4. 職種　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5. CDE-J 資格　　：　有（　　）・　無

6. CDE-AKITA 資格　：有(　　)・　無

7. 当会からの情報発信の連絡先 ：　施設　・　自宅

8. 希望の連絡先住所 ：

※受付の効率化の為、事前に受付名簿を作成しますので、氏名、職種などの記載の協力をお願いいたします。
CDE-J、CDE-AKITA、JADEN(日本糖尿病学教育・看護学会)会員の方は、認定番号が必要ですので( )内にご記入お願い致します。