



「難病在宅療養支援推進会議」のご案内

テーマ：**多職種連携による**神経難病患者の支援の
あり方を考える

専門医療機関が少ない地域において、神経難病患者とその家族が住み慣れた地域で安心して療養生活を送るために、地域の関係機関が支援体制に関する現状及び課題について共有し、お互いの役割を知り、連携の緊密化を図り、地域支援体制の整備をすすめることができる。

概 要

◆日 時：令和2年9月18日（金） 13：30～15：30

◆場 所：龍野商工会議所 2階会議所ホール

◆対象者：管内の神経難病患者支援に関わる人等

◆内 容

・講演

「病院と在宅で協働する診る・見る技術
～ALSの方々の経過から学ぶ支援方法～」

講師 赤穂市民病院総合診療科部長兼

内科部長 一瀬 直日 氏

・情報提供及び事例報告

主 催：龍野健康福祉事務所



FAX : 0791-64-5557

龍野健康福祉事務所地域保健課 坂田 行

申込期限 : R2.9.4

令和2年度 難病在宅療養支援推進会議参加申込書
(令和2年9月18日(金) 13:30~15:30)

所属		日中の 連絡先	
----	--	------------	--

参加者氏名	職種・職名	神経難病患者 支援経験の有無	有の場合 経験年数

◆神経難病患者への支援について、課題、他職種へのご質問や連携推進についてのご意見等がありましたら自由にご記入ください。

※受講票の発行等はありません。申込み多数によりお断りまたは人数調整をお願いする場合のみ上記連絡先へご連絡いたします。

※急遽中止等となる場合は、龍野健康福祉事務所ホームページへその旨を掲載します。

(個別への連絡はありませんのでご了承ください。)

ホームページ (https://web.pref.hyogo.lg.jp/whk06/iryo_wh.html)

※各所属・団体等でとりまとめの上、お申し込み下さい。

※会館には駐車場がありますが、多くの来場者が予想されますので可能な範囲で公共交通機関または車の乗り合わせにてお越し下さい。

※当日は、感染予防対策(来所前の体調チェック、マスク着用等)にご協力をお願い致します。

発熱や呼吸器症状等がある場合は参加をご遠慮下さい。



■申し込み・問合せ先

龍野健康福祉事務所 地域保健課

〒679-4167 たつの市龍野町富永 1311-3

TEL : 0791-63-5686

FAX : 0791-64-5557

(担当 : 坂田)

令和 2 年度難病在宅療養支援推進会議の参加にあたってのお願い

ご参加の皆さまが安全・安心してご参加いただけるように、新型コロナウイルス感染症対策について以下のように講じています。

つきましては、ご参加の皆さまにも、ご理解・ご協力をお願いいたします。

会場における感染対策について

- 1 ソーシャルディスタンスを保つため、会場の座席の間隔を確保しています。
- 2 会場の換気を図るため、出入り口の扉を開放しています。
- 3 不特定多数が触れる場所や共有物品等の消毒を徹底しています。
- 4 職員やスタッフは、マスクを着用しています。

ご参加の皆様へのお願い

- 1 当日はご自宅で検温し、発熱や感染に関連する症状がみられる場合、体調がすぐれない場合は参加を見合わせてください。また、濃厚接触者の疑いがある場合も、参加を控えてください。その場合、当所へご連絡ください。
- 2 会場入口に手指用の消毒液を設置しています。こまめに手指衛生を行ってください。
- 3 問診票にご記入いただき、会場入り口付近に設置した「問診票入れ」にお入れください。
- 4 換気を行うため、室温の維持が困難な場合があります、厚さ・寒さに対応できる衣類・掛け物をご準備ください。
- 5 体調不良が疑われる方には、お声をかけさせていただき、状況により退席をお願いする場合がありますのでご了承ください。
- 6 今後の状況によってはやむを得ず開催を中止する可能性があることをご了承ください。その際には、ホームページに掲載いたしますのでご確認ください。

ホームページ (https://web.pref.hyogo.lg.jp/whk06/iryo_wh.html)

問診票

新型コロナウイルス感染拡大に伴い、皆さまの安全確保のため、下記について、ご理解をたまり、ご記入・ご署名をいただきますようお願い申し上げます。

ご質問

現在の健康状況についてお伺いいたします。該当する箇所に○をおつけ下さい。

1 本日は検温をされていますか？

① はい ② いいえ

① を選択の方は測定した体温をご記入ください _____℃

2 現在、咳、鼻汁、喉の痛みなどの症状はありますか？

① ある ② ない

3 家族の方に、発熱および上記②の症状はありますか？

① ある ② ない

健康状態は、上記のとおりです。

令和2年 月 日

氏名 _____

生年月日 _____

電話番号 _____