

10月開催セミナーのご案内

【講師割引申込用紙】

※この申し込み用紙は切り離さず、そのままお送り下さい。

FAX : 03-5740-8766、または、→<http://www.johokiko.co.jp> にて

<後援>

簡易懸濁法研究会

<http://plaza.umin.ac.jp/~kendaku/index.html>

AA101030

<主催>

情報機構

<http://www.johokiko.co.jp>
〒141-0032 品川区大崎3-6-4 トキワビル3階
TEL : 03-5740-8755 FAX : 03-5740-8766
mail req@johokiko.co.jp

★服薬に関する患者ニーズの実際とは！★開発メーカーは、医療現場の生の声を反映していますか？

<患者ニーズに合った> 医薬品と剤形開発 —服薬支援現場の実際と簡易懸濁法・速崩壊錠—

昭和大学 薬学部 薬剤学教室 准教授 医学博士 倉田 なおみ 先生

- 日 時 2010年10月20日水曜日 12:30-16:30 ●受講料 1名39,900円(税込、資料付)
- 会 場 [東京・船堀]タワーホール船堀 *1社2名以上同時申込の場合、1名につき29,400円

■主経歴

1976.04 昭和大学病院薬剤部入室
1996.05 昭和大学藤が丘リハビリテーション病院薬局長
2006.01 昭和大学薬学部薬学教育推進センター実務実習推進室助教授
2009.06 昭和大学薬学部薬剤学教室准教授

■本テーマに関する業界団体での活動

・日本静脈経腸栄養学会評議員 / ・PEGドクターズネットワーク理事 /
・簡易懸濁法研究会代表など

■専門分野・研究

・障害者への服薬支援 / ・患者中心の医療・製剤 / ・医療薬学

医薬品は、それを実際に使用する患者ニーズにあった製品が求められる。
しかし、開発、製造、処方、調剤、服薬準備など、医薬品に関わる職種は
多岐にわたるが、実際に患者さんの服薬場面を見る職種は非常に少ない。
本セミナーでは、臨床薬剤師として実際の服薬状況を見てきた経験から、
服薬に関する患者ニーズと最近話題の速崩壊錠について問題提起する。

■受講後、習得できること

・高齢者・障害のある患者の服薬情況
・患者に必要な医薬品開発 / ・口腔内崩壊錠への今後の期待

1. 障害と服薬支援
2. 運動障害における服薬支援
3. 高次脳障害における服薬支援
4. 視力障害における服薬支援
5. 嚥下障害における服薬支援
6. 粉碎剤の必要性
7. 簡易懸濁法
8. 倉田式経管投薬法
9. 簡易懸濁法における今後の課題
10. 簡易懸濁法研究会の発足
11. 速崩壊錠の意義
12. 認知症における速崩壊錠の有用性
13. パーキンソン病における速崩壊錠の有用性
14. 嚥下障害における速崩壊錠の有用性
15. 簡易懸濁法と速崩壊錠
16. 速崩壊錠の展望

<質疑応答>

<講師割引適用について>

- ・本申込用紙にてお申込された場合、講師紹介割引が適用されます。
- ・割引額はそれぞれ左記料金より、
1名ご参加の場合 ¥10,500円引き
2名以上参加の場合
通常の同時申込割引から更に1名につき¥2100円引きとなります。
- ・割引の適用条件としましては、本申込用紙にて、fax申し込みされた方に限らせていただきます。また場合によっては講師にご確認を取らせていただく場合がございますので、その点ご了承下さい。
- ・その他割引との併用はできません。

講師割引申込

本講座料金より ¥10,500 引き
2名以上参加 更に¥2,100 引き

<申込要領>

1. 申込を確認次第、弊社より受講券、請求書、会場地図等をお送り致します。
 2. 受講料のお支払いは、原則として開催日までにお願致します。後日になる場合は予定日をご明記ください。また、当日会場でのお支払いも可能です。
 3. 申込後、ご都合により講習会に出席できなくなりました場合は、代理の方の出席をお願い致します。止むを得ず欠席される場合、弊社事務局迄ご連絡下さい(受付時間9:00-17:00)。
- 以下の規定に基づき料金を申し受けます。
- 開催日から逆算(土日・祝祭日を除く)して、
 - ・講座3日前～4日前での欠席のご連絡:受講料の70%
 - ・講座当日～2日前での欠席のご連絡:受講料の100%
4. 原則として銀行振込の場合、領収証の発行はいたしません。振込手数料はご負担下さい。
 5. 最小催行人数に満たない場合等、事情により中止になる場合がございますがご了承下さい。

★<http://www.johokiko.co.jp/>の申込みフォームからも承ります！

セミナー名	<患者ニーズに合った> 医薬品と剤形開発				開催日	10 月 20 日	
会社名		住所	〒				
所属・役職		TEL		FAX			
	受講者	e-mail		上司氏名		e-mail	
今後ご希望の案内方法にレ印を記入下さい(複数回答可) <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 不要							

ご連絡頂いた、個人情報は弊社商品の受付・運用・商品発送・アフターサービスのため利用致します。今後のご案内希望の方には、その目的でも使用致します。今後のサービス向上のため「個人情報の取扱いに関する契約」を締結した外部委託先へ、個人情報を委託する場合があります。個人情報に関するお問合せ先policy@johokiko.co.jp