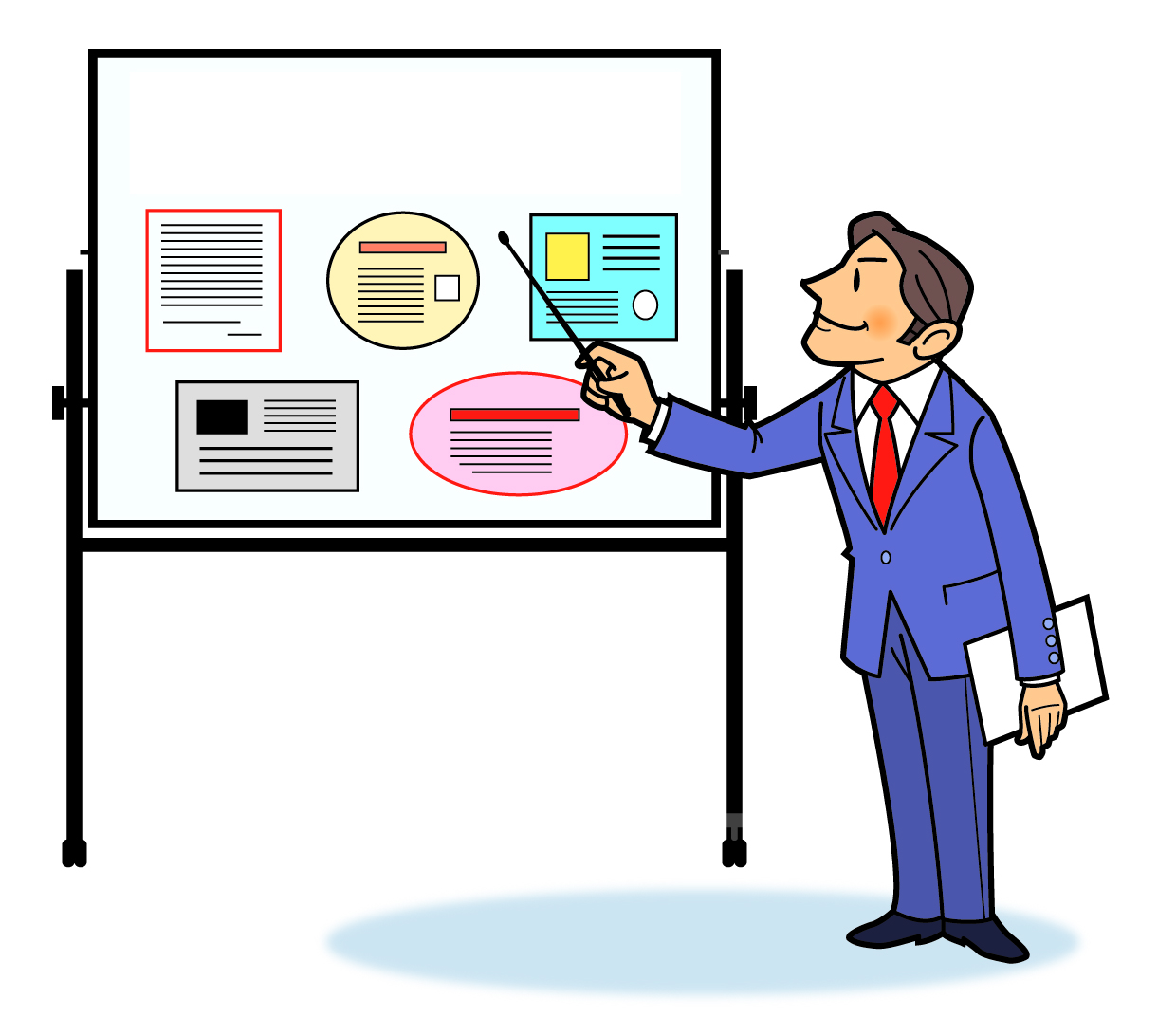
**研修のご案内　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**

**平成30年度滋賀県立リハビリテーションセンター教育研修**

**高次脳機能障害コース**

**医師・リハセラピスト研修**

|  |
| --- |
| 目的 |

今回は、事例を通して画像の判読からリハビリプログラムの立案までのワークショップを行います。

脳画像の判読と症状とあわせて評価することで高次脳機能障害の方の理解とリハビリテーションプログラムの精度は上がります。

脳画像の基礎と、それを臨床で評価・リハビリプログラムの立案に活かすまでの流れを学び、ワークショップで体験することで、臨床での脳画像の判読を評価・プログラムの立案に活かすまでの一連の流れを実践で活かせるきっかけになることを目的に研修を開催します。

|  |
| --- |
| 講師・内容 |

【１】酒井　浩　氏　（藍野大学医療保健学部作業療法学科）（７５分）

｢高次脳機能障害のある方のリハビリテーションの立案・実施について｣

【２】村井　俊哉　氏　（京都大学医学部附属病院精神科神経科）（６０分）

｢画像診断と高次脳機能障害（超基礎編）｣

【３】ワークショップ（９０分）

　　「事例から脳画像の判読、診断、評価、リハビリテーションプログラムの立案まで」

|  |
| --- |
| 日時・場所 |

日時：平成3１年2月3日（日）　13：００-17：００

場所：滋賀県立総合病院新館講堂

定員：40名

参加費：無料

申込期限：１月３１（木）

**申込用紙**

**(滋賀県立リハビリテーションセンター　教育研修事業　高次脳機能障害コース)**

**宛先ＦＡＸ：０７７－５８２－５７２６　Ｅ－ｍａｉｌ：eg3001@pref.shiga.lg.jp**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１** | **申し込み氏名** | |  | **職種** |  |
| **電話番号**  **ＦＡＸ番号** | |  | **Ｅ－mail**  **(必須)** | ＠ |
| **ご所属** |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **２** | **氏名** |  | **職種** |  |
| **ご所属** |  | | |
| **３** | **氏名** |  | **職種** |  |
| **ご所属** |  | | |
| **４** | **氏名** |  | **職種** |  |
| **ご所属** |  | | |
| **５** | **氏名** |  | **職種** |  |
| **ご所属** |  | | |
| **６** | **氏名** |  | **職種** |  |
| **ご所属** |  | | |

\*申込者とご所属が違う方のみ、ご所属欄に記載下さい。

\*日本作業療法士協会生涯教育制度（基礎１ポイント：ＳＴＥＰ１・２Ａ・３～医師セラピスト専門研修）

\***定員に達し次第申込みを締め切りますので、お早目に申し込みください。**

\*研修を欠席する場合は事前にご連絡いただきますようよろしくお願い申し上げます。