

岡山県緩和ケア研修会(岡山済生会総合病院主催)

平成26年7月5日および6日 参加者申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日生 (歳)
性別	男 ・ 女
医籍登録番号	

申込書送付先： 岡山済生会総合病院
学術支援センター
メディカルアシスタント室
岡田、中山、山本
【郵送】〒700-8511
岡山市北区伊福町1-17-18
【FAX】086-252-5562
【E-mail】kanwa@okayamasaiseikai.or.jp

勤務先	
現在の勤務先	
診療科名	
役職名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
E-mailアドレス	

緩和ケア研修会修了者の氏名・所属のホームページ公開にかかわる同意書

私は、厚生労働省「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に示されているとおり、「岡山県緩和ケア研修会」修了者として、都道府県を通じて厚生労働省健康局総務課がん対策推進室へ報告され、氏名・所属を公開されることについて同意いたします。

平成 年 月 日

同意する

同意しない

(どちらかに○をしてください。)

アンケート

問1. 臨床経験年数は何年ですか。 () 年

問2. 1年間におよそ何人の、がんの患者さんを診療しておられますか。(およその数で結構です。カルテを調べる必要はありません。がんの治療に直接かかわっていない場合でも、かかりつけ医として日常診療をされている患者さんは含みます。)

() 0人 () 1~9人 () 10人以上

問3. 1年間におよそ何人の患者さんに、がん疼痛に対する麻薬性鎮痛薬を処方されていますか。(およその数で結構です。カルテを調べる必要はありません。)

() 0人 () 1~9人 () 10人以上

問4. 今回の研修会では、ロールプレイという方法を用いるプログラムがあります。これまでに、何回くらい、ロールプレイを経験されたことがおありですか。

() 0回 () 1~2回 () 3回以上