

日本集団災害医学会

災害薬事研修コース

PhDLS

Pharmacy Disaster Life Support

平成29年度災害医療研修会

岩手PhDLS

第2回 プロバイダーコース 第1回 インストラクターコース

①プロバイダーコース

日時：平成29年12月16日（土）8：30～17：25

場所：岩手医科大学 矢巾キャンパス（災害時地域医療支援教育センター）

募集人数：36名

受講料：3,000円（事務手数料）

②インストラクターコース

日時：平成29年12月17日（日）9：00～11：55

場所：岩手医科大学 矢巾キャンパス（災害時地域医療支援教育センター）

募集人数：40名

受講料：3,000円（受講手数料）

（日本集団災害医学会会員は受講手数料3,000円は学会より免除されるため、会員の場合は必ず事前にお申し出ください）

受講資格：災害薬事研修に興味のある薬剤師、医師、看護師、コメディカル、行政職員、医薬品卸、医療系学生、その他

申込期限：平成29年11月24日（金）

申込方法：災害時地域医療支援教育センターホームページ内掲載

<http://www.iwate-med.ac.jp/saigai/>

【問合せ先】

岩手医科大学 災害時地域医療支援教育センター事務室

Tel：019-651-5111（内線5576）

Fax：019-611-0876

E-Mail：saigai@j.iwate-med.ac.jp

第2回岩手PhDLSプロバイダーコースプログラム

Pharmacy Disaster Life Support

講義番号	時間		内容
	8:10 ~ 8:30	0:20	受付
	8:30 ~ 8:40	0:10	開会式・オリエンテーション
講義1	8:40 ~ 8:50	0:10	研修会の意義
講義2	8:50 ~ 9:20	0:30	わが国の災害医療体制
講義3	9:20 ~ 9:40	0:20	災害対応の原則 (CSCA)
講義4	9:40 ~ 10:30	0:50	グループディスカッション (CSCA) 被災地内
	10:30 ~ 10:40	0:10	休憩
講義5	10:40 ~ 11:20	0:40	机上シミュレーション 救護所での薬剤師としての情報収集と報告
講義6	11:20 ~ 11:40	0:20	薬事支援の原則 (PPP)
講義7	11:40 ~ 12:00	0:20	災害時における医薬品供給・処方支援
	12:00 ~ 12:50	0:50	昼食
講義8	12:50 ~ 13:15	0:25	フィジカルアセスメント・問診
講義9	13:15 ~ 14:05	0:50	災害時における薬事トリアージ (実技)
講義10	14:05 ~ 14:25	0:20	災害時における薬事関連特例措置
	14:25 ~ 14:35	0:10	休憩
講義11	14:35 ~ 15:45	1:10	PhDLSシミュレーション
	15:45 ~ 16:00	0:15	試験説明 (休憩・移動含む)
	16:00 ~ 17:00	1:00	筆記試験および実技試験
講義12	17:00 ~ 17:15	0:15	災害医療と薬事関連の今後と課題
	17:15 ~ 17:25	0:10	修了式

第2回 岩手PhDLSプロバイダーコース 受講申込書

			氏 名	備 考
氏名	フリガナ	必須		例) イワ タロウ
	漢字	必須		例) 岩手 太郎
	アルファベット	必須		例) IWATE TAROU
生年月日 (西暦)		必須	年 月 日	※プルダウンして選択してください
所属都道府県		必須		※プルダウンして選択してください
勤務先	郵便番号	必須		例) 028-3694
	住所	必須		例) 紫波郡矢巾町2-1-1
	所属名称	必須		例) ○○病院、○○消防本部等
	所属部署名	必須		例) ○○センター、○○分署等
	電話番号	必須		例) 019-1234-5678
自宅	郵便番号			※郵送先を自宅とする場合、ご記入願います。
	住所			
	電話番号			
携帯電話番号		必須		例) 090-1234-5678
メールアドレス		必須		※パソコンのアドレスのみ可とします。 (添付ファイルを受け取れるもの) @docomo.ne.jp、@ezweb.ne.jpなどの 携帯メールは不可とします。
職種		必須		※プルダウンして選択してください
職種 (その他の詳細)				職種でその他を選ばれた方は、 詳細をご記入ください。
保有インストラクター資格		必須		例) JPTEC、ITLS等
成人教育コース受講歴		必須		例) JPTEC、ITLS等

※受講申込書にご記入いただいた情報は、岩手PhDLSの実施に際し、コース受講、受講登録の際に必要な情報となります。その他の目的には利用いたしません。
 ※研修の様子を写真や動画で撮影する場合がございますが、大学の刊行物およびホームページ等に掲載するために利用し、その他の目的には利用いたしません。
 ※受講申込書のご提出をもって、上記内容にご承諾頂いたものといたします。

本学の個人情報保護方針については <http://www.iwate-med.ac.jp/privacy/> をご参照ください。



岩手医科大学

災害時地域医療支援教育センター

Center for research and training on community health services during disaster

第1回岩手PhDLSインストラクターコースプログラム

Pharmacy Disaster Life Support

講義番号	時間	内容
	8:40 ~ 9:00	0:20 受付
	9:00 ~ 9:10	0:10 開会式・オリエンテーション
講義1	9:10 ~ 9:20	0:10 開催要綱およびPhDLSインストラクター制度について
講義2	9:20 ~ 10:00	0:40 成人教育
	10:00 ~ 10:10	0:10 休憩
講義3	10:10 ~ 10:25	0:15 「グループディスカッション（CSCA）被災地内」の指導のポイント
講義4	10:25 ~ 10:40	0:15 「机上シミュレーション 救護所での薬剤師としての情報収集と報告」の指導のポイント
講義5	10:40 ~ 10:55	0:15 「災害時における薬事トリアージ（実技）」の指導ポイント
講義6	10:55 ~ 11:10	0:15 「PhDLSシミュレーション」の指導ポイント
講義7	11:10 ~ 11:25	0:15 試験の実施要領
講義8	11:25 ~ 11:45	0:20 PhDLSコース開催要領（事務手続き）
	11:45 ~ 11:55	0:10 まとめ・質疑応答・修了式

第1回 岩手PhDLSインストラクターコース 受講申込書

			氏	名	備考	
氏名	フリガナ	必須			例) イワ タロウ	
	漢字	必須			例) 岩手 太郎	
	アルファベット	必須			例) IWATE TAROU	
生年月日 (西暦)		必須	年	月	日	※プルダウンして選択してください
所属都道府県		必須				※プルダウンして選択してください
勤務先	郵便番号	必須				例) 028-3694
	住所	必須				例) 紫波郡矢巾町2-1-1
	所属名称	必須				例) ○○病院、○○消防本部等
	所属部署名	必須				例) ○○センター、○○分署等
	電話番号	必須				例) 019-1234-5678
自宅	郵便番号					※郵送先を自宅とする場合、ご記入願います。
	住所					
	電話番号					
携帯電話番号		必須				例) 090-1234-5678
メールアドレス		必須				※パソコンのアドレスのみ可とします。 (添付ファイルを受け取れるもの) @docomo.ne.jp、@ezweb.ne.jpなどの 携帯メールは不可とします。
職種		必須				※プルダウンして選択してください
職種 (その他の詳細)						職種でその他を選ばれた方は、 詳細をご記入ください。
PhDLSプロバイダーコース受 講コース名		必須				例) 第○回××MCLS標準コース
PhDLSプロバイダーコース受 講年月日		必須	年	月	日	※プルダウンして選択してください
集団災害医学会 会員登録		必須				
集団災害医学会 会員番号						
PhDLSプロバイダー番号		必須				
成人教育コース インストラクター資格		必須				※プルダウンして選択してください
保有インストラクター資格		必須				例) JPTEC, JATEC等
成人教育コース受講歴		必須				例) JPTEC, JATEC等

※受講申込書にご記入いただいた情報は、岩手PhDLSの実施に際し、コース受講、受講登録の際に必要な情報となります。その他の目的には利用いたしません。
 ※研修の様子を写真や動画で撮影する場合がございますが、大学の刊行物およびホームページ等に掲載するために利用し、その他の目的には利用いたしません。
 ※受講申込書のご提出をもって、上記内容にご承諾頂いたものといたします。

本学の個人情報保護方針については <http://www.iwate-med.ac.jp/privacy/> をご参照ください。

