

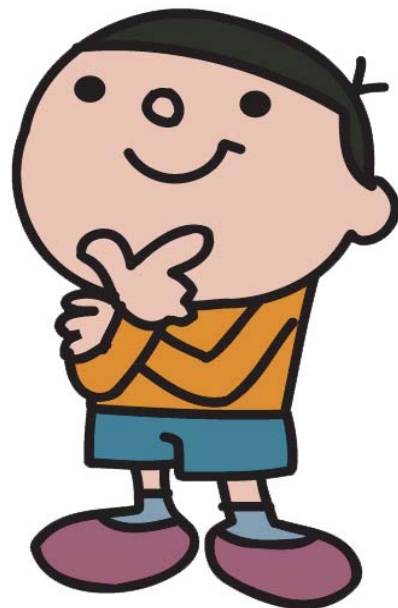


主催 認定NPO法人日本IDDMネットワーク
 私たちは全国の1型糖尿病を中心としたインスリン
 補充が必要な患者や家族を支援するNPO法人です。



カーボカウント& 先進デバイス活用セミナー

大
in 阪



**参加対象/1型糖尿病患者・患者家族・医師・看護師・栄養士・薬剤師など
どなたでもご参加ください。**

皆さんご承知のように食後の血糖値は炭水化物によって大きく左右されます。特に1型糖尿病患者のための「カーボカウント」はこの炭水化物量に注目したインスリン量調節法で、欧米ではその有用性が実証され普及しています。日本ではまだ十分に普及していませんが、日本の食事は欧米に比較して炭水化物を多く含むことから、カーボカウントを上手に利用すれば効果的なインスリン量調節が可能だとしてその重要性が認識されています。

本セミナーは現在の血糖値が常に患者自身で見られる「パーソナルCGM(持続的血糖値モニター)」が保険適用になりましたので、その活用についても学べる、インスリンポンプも含めた「先進デバイス活用セミナー」としています

【セミナー内容】 1)カーボカウント法の基礎 2)カーボカウントの実践(昼食)と演習
3)インスリンポンプ、CGMなど先進デバイスを活用した治療法について

日時 2016年 10月16日 日曜日 (10:00開場)
10:30 ~ 16:30

会場 大阪市立大学医学部学舎6F 中講義室
 阿倍野キャンパス 大阪市阿倍野区旭町1-4-3
 会場地図 <https://www.osaka-cu.ac.jp/ja/about/university/access>

講師 川村智行 先生
 大阪市立大学大学院医学研究科発達小児医学教室 講師



【会場地図】
 JR・地下鉄「天王寺駅」
 近鉄「大阪阿部野橋」
 より西へ徒歩約10分

| | | | | | |
|------------|-----------------|-------------------------|-----------|---------|---|
| 参加費 | 患者・家族 | 会員 2,000円 非会員 3,000円 | 定員 | 定員 120名 | ※参加費は当日お支払いください。 ※参加費にはカーボカウントを実践するための昼食代及び資料代も含まれています。 ※参加費のうち500円を1型糖尿病研究基金に於て1型糖尿病根治に向けた研究費助成に活用致します。 ~「治らない病気」から「治る病気」への取り組みへにご協力をお願い致します。 |
| | 医療者等 患者・家族以外 | 会員 5,000円 非会員 6,000円 | | | |

※本セミナーは日本糖尿病療養指導士認定更新のための研修単位(2群2単位)を申請中です。

日本IDDMネットワークサイトよりオンラインにてお申し込みください。 http://japan-iddm.net/seminar_input/
 もしくは 下記参加申込書にご記入の上、FAXまたは郵送にてお申し込みください。

【お問い合わせ・お申し込み先】 〒840-0823 佐賀県佐賀市柳町4-13 E-mail: info@japan-iddm.net
 認定NPO法人日本IDDMネットワーク TEL: 0952-20-2062 FAX: 020-4664-1804

カーボカウント&先進デバイス活用セミナー in 大阪 参加申込書 2016年10月16日(日) 大阪市立大学 阿倍野キャンパス

| | | |
|---|---|----------|
| ふりがな 氏名 | 〒 _____ 県都府 | |
| ※お申込みお1人につき、1枚ずつご記入ください。 | | |
| ※該当する□に✓を付けてください | | |
| 日本IDDMネットワーク | TEL | 自宅・携帯・職場 |
| <input type="checkbox"/> 会員 (<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 賛助 <input type="checkbox"/> 患者会 (所属会名)) | FAX | 自宅・職場 |
| <input type="checkbox"/> 非会員 (<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 企業・団体 (所属団体名)) | E-mail | 本人・職場 |
| 区分 | ※長文のご案内メールをお送りする場合がありますので携帯メールの場合にはご了承ください。 | |
| <input type="checkbox"/> 患者 (インスリンポンプ 使用経験: <input type="checkbox"/> 現在使用中 <input type="checkbox"/> 過去に使用 <input type="checkbox"/> 未使用) | 当日ボランティアスタッフ募集 協力いただける方は参加 ○を付けてください。 | |
| <input type="checkbox"/> 患者の家族 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| <input type="checkbox"/> 医療従事者 (医師・看護師・栄養士・薬剤師・その他 ()) | | |

※お預かりした個人情報、当法人からの連絡にのみ使用し、ご本人の承諾なしに第三者へ提供することはありません。
 ※お願い: 連絡をさせていただく際に、E-mail 又は FAX を使用しますので、鮮明にお書きください。
 ※ボランティアスタッフとしてご参加・ご協力をいただける方には、後日事務局より活動内容をお知らせいたします。