

日本睡眠学会 第17回「睡眠医療・技術セミナー」のご案内

「睡眠医療・技術セミナー」は医師、歯科医師、技師ともに学会認定取得のために必要な共通項目である睡眠ポリグラフ検査の基本部分の習得を目的としています。あくまで基本の習得であり、技術・見識を高めるための講習内容はこのセミナーには含まれません。また、判定基準を AASM スコアリングマニュアル Ver2.5、国際睡眠障害分類第3版での講習を行います。

総論的な講義の後、希望者には2グループに分かれて初心者に対しての装着実習、判定の基礎、また装着経験者に対しては症例提示ならびに解析講習を行います。今回は最大140名程度として講習を行い、実習は20名程度とします。多くの方に参加いただくことを望んでおりますが、来年度の認定試験を受ける技師の方を優先させていただきます。

2020年度第17回睡眠技術セミナー

日時：2020年5月24日（日）9：00 - 16：45（予定）

会場：名古屋大学鶴舞キャンパス

名古屋市昭和区鶴舞町65

（地図・交通手段は申し込んだ方にお知らせします）

募集人数：140名

参加費：7000円

申込〆切：2020年4月30日（但し、定員になり次第受付終了）

受講資格（本案内の最後の注意もご確認ください）

1. 日本睡眠学会員であること
2. セミナー参加費を前納しておくこと

プログラム予定：（受付開始 8：15～）

- | | |
|-------------|----------------------------|
| 9:00- 9:30 | 睡眠障害と PSG 総論（山城義広） |
| 9:30-10:00 | 睡眠呼吸障害と PSG 総論（山内基雄） |
| 10:00-10:30 | PSG における ME の知識（武井洋一郎） |
| 10:30-10:40 | 休憩 |
| 10:40-11:30 | PSG 検査法総論（大川登史） |
| 11:30-11:50 | PSG の安全管理・事故防止（心電図）（武井洋一郎） |
| 11:50-12:20 | MSLT・MWT 総論（藤田志保） |
| 12:20-13:10 | 昼食 |
| 13:10-15:15 | PSG スコアリングルール |
| | 正常成人の睡眠段階・覚醒反応（杉田淑子）60分 |
| | 成人呼吸イベント（黒崎幸子）35分 |
| | 運動イベント（藤田志保）30分 |

15:15-15:30 休憩 (準備移動時間)

15:30-16:30 (装着実習グループと症例判読グループに分かれて)

1) 装着実習コース (森槌康貴、黒崎幸子)

2) 講義 (アドバンス) コース

幼児・小児の睡眠段階と呼吸イベント (武井洋一郎) 30分

スコアリングの手順 (川名ふさ江) 30分

<注意>

注1 申込時、未入会である場合には、セミナー参加費入金にて仮予約扱いです。早急に入会の手続きの上、指定期日までに、事務局へご連絡ください。連絡がなく、確認が取れない場合には、キャンセル扱いとなります。

注2 セミナー参加費他は指定期日までに指定金融機関に入金してください。入金がない場合には、キャンセル扱いとなる場合がありますので、ご注意ください。

注3 睡眠医療技術セミナーは、更新(認定・専門)のための単位取得は対象ではありません。

注4 遅刻・早退がないようにお願いします。計1時間以上の未受講等がある場合には、修了証は発行されません。

注5 睡眠学会認定の修得資格で、医師、歯科医師の場合、認定試験申込の申請に修了証を利用できます。技師においては、本セミナーの修了が必須となっています。

注6 キャンセルについて セミナー開催日の2日前までに事務局に連絡がない場合には、返金されません。それ以外については諸手数料等を引いた上で、返金いたします。

注7 修了証の再発行については、今回分を含め、最新5年間のみとなりますので、紛失等ないようにしっかり管理ください。

申込は下記のWEB登録画面からお申し込みください。

https://kconvention.com/seminar_17/

WEB登録をできない方は申込書をFAX(03-5367-2187)にてお送りください。

日本睡眠学会第17回「睡眠医療・技術セミナー」事務局

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-24-7-313

株式会社ケイ・コンベンション内

日本睡眠学会第16回睡眠医療・技術セミナー事務担当

Tel:03-5367-2382 Fax:03-5367-2187

Email: suimin17@k-con.co.jp

返信先：株式会社ケイ・コンベンション
【メール】 suimin17@k-con.co.jp
(スイミンジ ユウカ)
【FAX】 03-5367-2187
申込締切：4月末日

第17回「睡眠医療・技術セミナー」参加申込書

申込者
ふりがな
御氏名

連絡先御住所 〒 _____

御所属 _____

メールアドレス _____ FAX _____

臨床脳波経験年数 _____ 年 _____ ヶ月

睡眠ポリグラフ経験年数 _____ 年 _____ ヶ月

睡眠学会会員番号 _____

※ご希望のグループに☑を入れてください。(複数は不可)

- 装着実習
 症例判読 ※講義 (アドバンス) 症例提示・解析講習

次期認定試験の受験予定 あり なし

昼食 (お弁当とお茶：1,000円) のご希望 あり