

膠原病医療シンポジウム

平成27年**10月31日**(土) 13:30~16:45(受付12:45)

ラフォーレ琵琶湖(滋賀県守山市今浜町十軒家2876)

ホテル2階セミナーフロア大会議室

第1部 講演「膠原病治療の最前線」

- ①全身性エリテマトーデスの治療について
京都第一赤十字病院 リウマチ内科 尾本 篤志 先生
- ②多発性筋炎・皮膚筋炎の治療について
京都大学 免疫・膠原病内科 湯川 尚一郎 先生
- ③強皮症の治療について
大阪大学 免疫アレルギー内科 嶋 良仁 先生
- ④シェーグレン症候群の治療について
兵庫医科大学 リウマチ・膠原病内科 東 直人 先生
- ⑤新規治療法ヒドロキシクロロキンについて
和歌山県立医科大学 皮膚科 池田 高治 先生

第2部 質疑応答・よりよい診療に向けてのディスカッション

「患者の声と診療現場からの声～患者の満足度調査の結果から～」

コーディネーター 川端 大介 先生

日野記念病院 リウマチ・免疫膠原病外来
京都大学 免疫・膠原病内科 / (株)ダイゴ

膠原病医療の最前線

～明日に広がる医療の進歩にふれてみませんか～

対象者:主に膠原病患者およびその家族(膠原病友の会会員以外の方を含む)

定員:100名〔参加費:一般500円/会員無料(家族は会員に含む)〕

<主催・問い合わせ>

全国膠原病友の会 関西ブロック事務局 横川 意音(よこがわ いね)

〒650-0024 兵庫県神戸市中央区海岸通28-1009 TEL / FAX 078-331-5444

メールアドレス kansai@kougen.org

<http://homepage3.nifty.com/KO-GEN/Block/Bindex.htm>

～プログラム～

《開会あいさつ・・・13:30～13:40》（受付開始12:45～）

第1部 講演「膠原病治療の最前線」(各15分間)・・・13:45～15:00

- ①全身性エリテマトーデスの治療について [京都第一赤十字病院 リウマチ内科 尾本篤志先生]
- ②多発性筋炎・皮膚筋炎の治療について [京都大学 免疫・膠原病内科 湯川尚一郎先生]
- ③強皮症の治療について [大阪大学 免疫・アレルギー内科 嶋良仁先生]
- ④シェーグレン症候群の治療について [兵庫医科大学 リウマチ・膠原病内科 東直人先生]
- ⑤新規治療法ヒドロキシクロロキンについて [和歌山県立医科大学 皮膚科 池田高治先生]

《休憩・・・15:00～15:15》

第2部 質疑応答・よりよい診療に向けてのディスカッション・・・15:15～16:45

- ①第1部の講演に対する質疑応答
- ②ディスカッション「膠原病患者の声と診療現場からの声～患者満足度調査の結果から～」
コーディネーター 川端大介先生
[日野記念病院 リウマチ・免疫膠原病外来、京都大学 免疫・膠原病内科、(株)ダイゴ]

～会場へのアクセス〔右地図の「H」の場所〕～

ラフォーレ琵琶湖 ホテル2階セミナーフロア 大会議室
住所：〒524-0101 滋賀県守山市今浜町十軒家 2876
電話：077-585-3811 (代表)

- ◎名神高速「栗東IC」より琵琶湖大橋方面へ約15km
または「京都東IC」より湖西道路経由約18km
- ◎JR琵琶湖線「守山駅」下車、路線バスで約40分
(守山駅発 路線バス例 11:45 発、12:30 発)
- JR湖西線「堅田駅」下車、路線バス・タクシーで約15分
(堅田駅発 路線バス例 13:00 発 (江若交通))
- ※バスの時刻は変更になる場合がございます。



「膠原病医療シンポジウム」へ参加を希望される方は、郵送・電話・FAX・メール・ホームページ等によりお申し込みください。《10月24日締め切り：定員になり次第、終了いたします》

住所：〒650-0024 兵庫県神戸市中央区海岸通 28-1009 横川意音あて
(下の必要事項を記入のうえ、点線部で切り取って郵送ください)

電話/FAX：078-331-5444 (FAXの場合、下の必要事項を記入のうえ、切り取らずに送信ください)

メール：kansai@kougen.org (メールに下記の必要事項を記入のうえ送信ください)

ホームページ URL：http://homepage3.nifty.com/KO-GEN/Block/Bindex.htm

◎氏名 (代表者) _____ [会員 名、非会員 名]

※複数名でご参加の方は代表者の情報を記入ください。

(非会員の方は参加費 500 円が必要です。なお会員のご家族は会員扱いとなります。)

◎住所 (〒 _____)

◎電話番号 _____

◎メール (任意) _____

◎病名 _____ ◎年齢 _____ 歳

※病名・年齢は患者の場合のみ記入ください。必須事項ではありません。

◎「膠原病医療シンポジウム」をどのように知りましたか (自由記載)

(_____)

☆全国膠原病友の会からの連絡のため以外の用途には使用いたしません