

参加申込書

日時 令和2年2月8日(土)13:00~14:15
テーマ ケース事例検討の進め方
FAX番号 046-848-2566
送付先 久里浜医療センター認知症疾患医療センター事務局 上野

※定員を超過した場合のみご連絡を申し上げます

氏名		経験年数	年
ご所属			
電話番号		FAX番号	

事例検討に関する事例提供のお願い

今回の事例検討を実施するに当たり、参加者の皆さまからの事例の提出をお願いしております。事例は詳細がわからなくても結構です。この機会に検討してみたい事例がありましたらご提供ください。尚、事例作成につきましては個人情報保護などにご配慮くださいますようお願いいたします。

- 1 概要 本人の年齢： 歳 性別： 男・女・いずれでもない
- 2 問題の経過（治療歴を含む）
- 3 家族構成
- 4 成育歴
- 5 関わりの経過
- 6 検討したいこと