

関係各位

診療科横断的カンファレンス

平成27年度 第10回「東北大学病院化学療法カンファレンス」のご案内

「東北大学病院化学療法カンファレンス」に関し、毎回多くの診療科あるいは院外からのご参加や症例提示を頂き、誠に感謝申し上げます。

東北大学病院がんセンターは、都道府県がん診療拠点病院である当院において質の高い化学療法を実践する役割と、山形大学、福島県立医科大学、新潟大学とともに東北がんプロフェッショナル養成推進プランの主管大学である本学においてがん医療人養成の拠点としての役割を担っております。近年の分子標的薬の登場に代表されますようにがん診療は次々と新しい展開があり、最新のエビデンスに基づいた医療を提供するためには各診療科あるいは近隣のがん診療に携わる方々が情報交換し啓発し合いながら集学的治療を進めていくシステムが求められております。このカンファレンスは皆様のおかげをもちまして何とか継続的に開催されておりますが、ますます充実したものにするために今後ともご協力をお願い申し上げます。

さて、平成27年度の第10回「東北大学病院化学療法カンファレンス」には是非ともご参加、あるいは症例提示をお願いいたたく御案内いたします。

記

平成27年度 第10回 東北大学病院化学療法カンファレンス

日時：2016年1月7日（木）午後6時半から午後8時（弁当付き）

会場：東北大学病院第5会議室（東病棟4階の看護部長室向い）

主催：東北大学病院がんセンター診療部会・教育部会

共催：宮城県がん診療連携協議会化学療法部会、東北がんプロフェッショナル養成推進プラン
（大学院医学系研究科医学履修課程アドバンスド講義科目「がんプロ合同セミナー」の講義を兼ねています）

対象：本院教職員（主にごん診療に関わる医療従事者）、大学院生（国家医療資格保有者）、初期・後期研修医、院外医療従事者（事前の参加申し込み必須）

なお、来月以降も毎月第1木曜日、午後6:30-8:00、病院第5会議室（東病棟4階の看護部長室向い）で定期的で開催する予定です。関連診療科からの症例検討（相談）に対応いたします。診療医、大学院生、研修医の皆さんのご参加をお待ちいたしております。

カンファレンスでは、①がん化学療法の対象患者で複数の診療科に関わる症例、集学的治療を必要とする治療困難例などに対する診断・治療の方向性を各専門家の立場から検討し質の高いがん診療を提供すること、②がん診療連携拠点病院等に公開し、地域におけるがん薬物療法の標準化および医療連携システムの構築を推進することを目的に、当面は、約6症例の症例提示（院内症例の他に事前予約した院外持ち込み症例も受け入れる）とディスカッションを主体に行う予定です。症例提示は、（1）外来診療録、（2）CTなどの写真提示（当院での画像は端末からの表示でも対応可能です）と（3）診療支援システム端末のプロジェクターによる投影によって行いますので、配布資料やパワーポイント等の準備は不要です。各診療科では、当日に（1）と（2）をお持ち込みください。通常の症例検討会形式で行います。なお、参加申込書（別紙）に3日前までにお申し頂きたいと思っております。また、弁当の準備の都合上、参加される方の氏名をご記入ください。

平成27年12月7日

東北大学病院がんセンター

センター長 石岡千加史

診療部会長 荒井 陽一

教育部会長 神宮 啓一

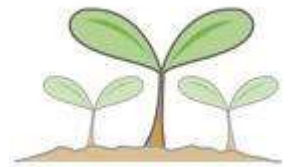
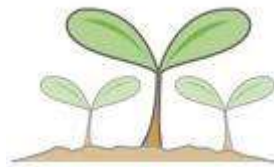
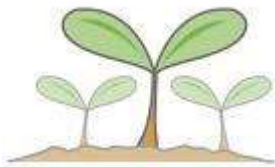
化学療法カンファレンス運営委員会

委員長 森 隆弘

副委員長 下平 秀樹

大学院医学系研究科医学履修課程アドバンスド講義科目
「がんプロ合同セミナー」の講義を兼ねています

第10回 東北大学病院 化学療法カンファレンス



日時: 2016年1月7日(木)
午後6時30分～午後8時

場所: 東北大学病院 東病棟4階
第5会議室

主催: 東北大学病院がんセンター

共催: 宮城県がん診療連携協議会化学療法部会
東北がんプロフェッショナル養成推進プラン

対象: 本院教職員（主にがん診療に関わる医療従事者）
大学院生（国家医療資格保有者）
初期・後期研修医, 院外医療従事者（事前の参加
申し込み必須）

問合せ:東北がんプロフェッショナル養成推進プラン事務局 TEL:022-717-7087
東北がんプロフェッショナルHPに掲載! <http://www.ganpro.med.tohoku.ac.jp>

FAX 022-717-7896 へ送付願います。

平成27年度

第10回 東北大学病院

化学療法カンファレンス参加申込書

日時：2016年1月7日(木)午後6時30分～午後8時

場所：東北大学病院 東病棟4階第5会議室

施設名： _____

(東北大学病院の場合は施設名の記載は不要)

診療科： _____

参加者氏名

症例提示希望： 有 ・ 無 (どちらか一方に○をつけて下さい。)

有の場合は上記参加者氏名の中で発表予定者に○をつけて、下記をご記入下さい。

発表者の連絡先

電話番号； _____

メールアドレス； _____ @ _____