

①参加申込書

(※オンライン申し込みの方はFAX送信不要)

FAX送信先：0120-271-287(岡山協立病院 地域医療連携センター)

総合病院岡山協立病院 第12回地域医療連携セミナー(令和5年3月7日・火 18:30~19:30)

1. 医療機関名または事業所名(必須)

2. 参加者氏名(必須)

氏名/ 職種/

氏名/ 職種/

氏名/ 職種/

3. ご連絡先

TEL(必須):

FAX番号・E-Mail(必須):

※上記事項はZOOMミーティングIDやパスコードの送信に限定し使用します。

②事前アンケートへのご協力をよろしくお願い致します。

(※オンライン申し込みの方はFAX送信不要)

1. 心不全について興味・関心があることはありますか。(丸をつけてください。複数回答可)

①病態について

②具体的な症状について

③リハビリテーションについて

④介護する際の注意点やポイントについて

⑤食事・栄養について

⑥その他

2. 上記①~⑥(その他含む)を選択いただいた理由など。

3. 心不全の方のケア等を行う際、不安なことは何ですか。

4. 当院にお願いしたいことはありますか。

③セミナー後のアンケートにご協力をよろしくお願い致します。

(※アンケートの回答はオンライン限定です)

ご参加ならびにアンケートへのご協力、ありがとうございました。



感想アンケートQR