

高梁市国民健康保険 成羽病院

出前講座パンフレット

2024年4月

高梁市国民健康保険成羽病院



出前講座のご案内

成羽病院では、「地域の皆様に親しまれ信頼される病院」を目指す基本理念のもと、「出前講座」を実施しています。

この講座は、市民の方が主催する集会等に成羽病院の職員が講師として出向き、講習等を行います。講座を通じ、市民の医療、健康づくりへの意識向上や成羽病院への理解の向上、地域医療レベルのアップが図られるものと思っております。ぜひ、お気軽にご相談ください。

出前講座の概要

対象 (団体・グループ)	高梁市内に在住、在勤又は在学する者で構成されるグループ団体が主催する概ね 10 人以上の参加が見込まれる学習会等
開催日・時間	1. 開催時間帯は、平日の午後 2 時から午後 9 時までで申込者との調整により決定します。 2. 1 講座の開催時間は、質疑を入れて 1 時間以内とします。
会場	1. 会場は、高梁市内とします。 2. 会場の確保と使用料の負担及び講座開催の準備等は、講座の申込みグループ等で行ってください。
費用	1. 講師料は無料です。 2. 次に掲げる受講に要する費用は、申込みグループ等の負担となります。 (1) 会場費・資料の印刷代・材料費等、講座に必要なものの実費
お申込方法等	次ページを参照してください。
講師を派遣できない場合	1. 公の秩序を乱し、又は善良な風俗を阻害する恐れがあるとき。 2. 政治、宗教又は営利を目的とした催し物等が行われる恐れのあるとき。 3. 出前講座の目的に反しているとき。 4. 業務多忙により職員の派遣が困難であるとき。
注意事項	1. 出前講座は、皆さんに医療や病気の予防について理解を深めていただくものです。苦情や要望をお聞きする場ではありませんので、ご理解のうえ、お申込みください。 2. 業務の都合などにより、希望の日程に添えない場合もあります。

申し込み方法

1 事前相談（申込者⇒病院）

出前講座一覧表の講座のご希望があれば、電話や来院されて事前にご相談いただくか、下記の必要事項を記入のうえ、FAXにてお知らせください。

- ① 希望日時（第3希望まで）
- ② 予定場所
- ③ 参加予定人数
- ④ 希望する講座内容（出前講座一覧表を参照）
- ⑤ 連絡先

講師の業務調整がありますので、開催希望日の2か月前までに余裕をもってご相談ください。

また、ご相談・お問い合わせについても下記までお電話ください。

成羽病院 電話番号 42-3111 担当：事務局出前講座担当 若しくは看護部長
FAX 42-2970

2 可否のご連絡（病院⇒申込者）

講師のスケジュールを調整し、開催の可否についてご連絡します。

3 出前講座申込書を提出（申込者⇒病院）

開催が決定したら、「成羽病院出前講座申込書」を成羽病院事務局へ提出してください。
申込書の提出後に内容等に変更があれば、早めにご連絡ください。

4 出前講座の可否決定通知と確認（病院⇒申込者）

申込者に「成羽病院出前講座承認(不承認)決定通知書」を送付します。

開催日の10日程度前に、開催日・開催時間・開催場所・使用する機器等について確認の電話をいたします。

当日配布の資料がある場合は、事前にお渡しする日時・方法をご相談します。

5 出前講座開催・結果報告書の提出（申込者⇒病院）

出前講座終了後、「出前講座結果報告書」を成羽病院へ提出してください。

2024 年度 出前講座一覧表

番号	講座内容	担当講師職種
1	胃腸の検診について	医師
2	骨粗鬆症について	医師
3	便秘症について	医師
4	糖尿病について	医師
5	食中毒について	医師
6	コロナウイルス感染症について	医師
7	インフルエンザについて	医師
8	腰痛・膝痛について	医師
9	脳卒中について	医師
10	何でも希望講座（依頼主の希望に添う形でお話します）	医師
11	あなたの暮らしを支える介護サービスについて ～介護保険制度について説明します～	地域連携担当者
12	訪問看護の役割について	訪問看護師

番号	講 座 内 容	担当講師職種
13	お薬を服用する上での注意事項	薬剤師
14	目からウロコ！？キズのきれいな治し方	皮膚・排泄ケア 認定看護師
15	こっそり聞きたい！塗り薬の塗り方	皮膚・排泄ケア 認定看護師
16	皮膚のよろず相談所 ～お答えします！困りごと～	皮膚・排泄ケア 認定看護師
17	減塩について	管理栄養士
18	食事介助と誤嚥性肺炎の予防について	言語聴覚士
19	転倒・骨折予防	作業療法士
20	ロコモ体操指導	理学療法士
21	MRIとCTのお話	放射線技師

(申込先) 〒716-0111 高梁市成羽町下原 301 成羽病院 事務局
 電話 0866-42-3111 FAX 0866-42-2970 E-mail byouinjimu@city.takahashi.lg.jp

成羽病院出前講座申込書

令和 年 月 日

成羽病院院長 様

申込者 (住 所) _____

(団体名) _____

(代表者) _____

病院出前講座を開催したいので、下記のとおり申し込みます。

希望日時	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
会 場	会場名 所在地 高梁市 <div style="text-align: right;">(電話 _____)</div>
参加予定者数	_____ 人
希望講座	No. _____ 講座名 _____
連 絡 先 (ご担当者)	住所 〒 _____ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 氏名 <small>ふりがな</small> _____ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 電話番号 _____ FAX _____ E-mail _____
備 考	(併せて開催される行事や、聞きたい内容等があればご記入ください)

※申込書は、希望日の1ヶ月前までに提出してください。
 ※会場は高梁市内とし、申込者において確保してください。

(以下には記入しないでください。)

- 受付日 令和 年 月 日
 ○受付方法 郵送 持参 FAX その他 ()

(提出先) 〒716-0111 高梁市成羽町下原 301 成羽病院 事務局
電話 0866-42-3111 FAX 0866-42-2970 E-mail byouinjimu@city.takahashi.lg.jp

様式第3号

成羽病院出前講座結果報告書

令和 年 月 日

成羽病院院長 様

(住 所) _____

(団体名) _____

(代表者) _____

出前講座の受講結果について、下記のとおり報告します。

講座名	No	
日 時	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	
会場名		
受講者数	人 (男性 人 女性 人)	
1 今回の講座について (右欄の該当する番号を○で囲んでください。)	(1) 良く理解できた (2) 多少理解できた (3) 理解できなかった	
(受講した感想を記入してください。)		
2 今後、希望する講座や要望等がありましたら記入してください。		

※会場で配布された資料を1部添付してください。