

日精協発第 18164 号  
平成 31 年 3 月吉日

会員病院 各位

公益社団法人 日本精神科病院協会  
会 長 山 崎 學  
(公印省略)

精神科医のための身体合併症講習会  
(第 2 回 アドバンストコース) の開催について  
～精神科医のための神経所見のとり方講座 アップグレードコース～

謹啓 益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

当協会の運営につきましては、平素から格別のご指導、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当協会が平成 25 年度から開催し、ご好評頂いております「精神科医のための身体合併症講習会」のアドバンストコースを本年も開催致します。今回は「精神科医のための神経所見のとり方講座」のアップグレードコースとしてご講義いただきます。先生方には当講習会を受講されて、今後の診療に反映させて頂きたくご案内申し上げます。参加申込ご希望の方は 5 月 8 日（水）までにファクシミリでお申し込みください。

なお、本講習会は日本精神神経学会精神科専門医の更新ポイント取得対象となる予定です。(詳細については日精協ホームページをご参照ください。)

是非、奮ってご参加頂きますよう宜しくお願い申し上げます。

謹白

記

<第 2 回 アドバンストコース>

日 時 2019 年 5 月 19 日（日） 13 時 30 分～16 時 30 分（受付開始 13 時 00 分）

会 場 日精協会館 〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

TEL 03-5232-3311 FAX 03-5232-3315

参加費用 25,000 円（会員病院） 35,000 円（非会員病院）

※実習備品[医療用ハンマー（打診器）]費含む。

KN-920 ハンマー/（株）夏目製作所を使用。詳細は別紙参照。

既にお持ちの方は申込時に下記お問い合わせ先までご連絡ください。

募集人数 36 名

受講資格 当協会主催の身体合併症講習会アドバンストコース「精神科医のための神経所見のとり方講座」を受講した医師。

**（※同日第 1 回アドバンストコースを受講する方も申込可能です。）**

講 師 浦上 克哉先生（鳥取大学医学部保健学科生体制御学講座 教授）

内藤 寛先生（伊勢赤十字病院 脳神経内科 部長）

北村 伸先生（長田病院 神経内科）

涌谷 陽介先生（倉敷平成病院 脳神経内科・認知症疾患医療センター 部長・センター長）

演 題 精神科医のための神経所見のとり方講座 アップグレードコース

応募期限 2019 年 5 月 8 日（水）

以上

<申込先・お問い合わせ>

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

TEL:03-5232-3311 FAX:03-5232-3315

(公社) 日本精神科病院協会

事務局担当：山家・浅野

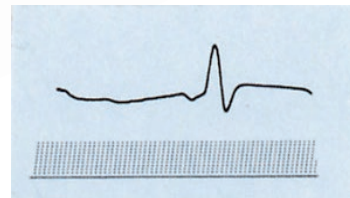
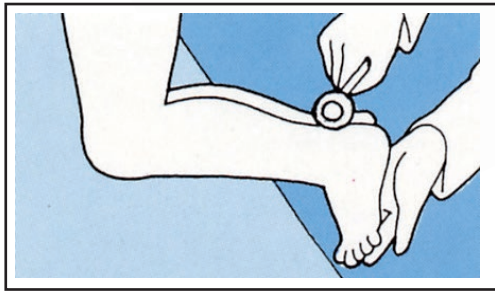
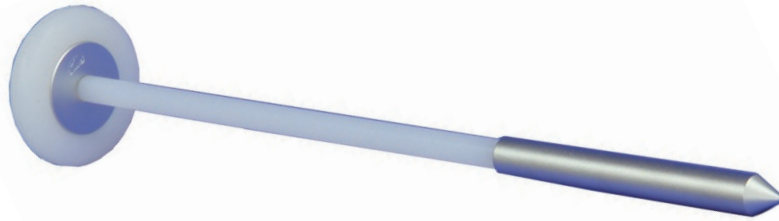


# KN-920 ハンマー (打診器) Percussor

このハンマー（打診器）は、腱反射の診断に用いるものです。

ハンマーのヘッドは、シリコンゴム製リング状で重く、柄に使用したナイロンが適度に  
しなるため、ヘッドに加速度がついて速い叩打ができます。

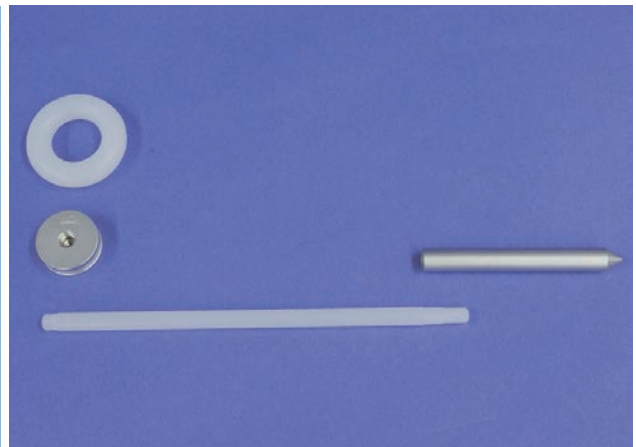
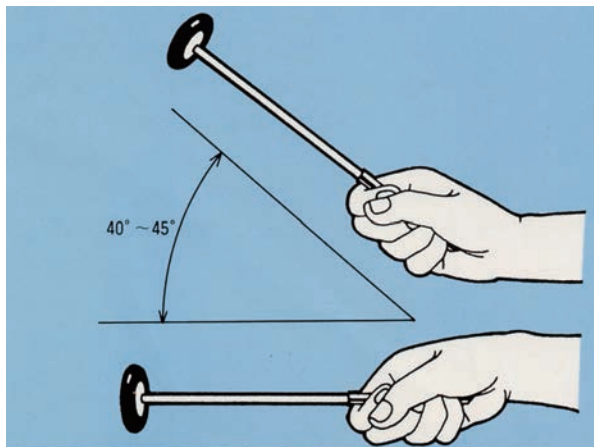
そのため神経の専門医でなくても反射が出やすく、しかも反射にムラが少ない  
（反射性筋活動電位の振幅が大きく、そのバラツキも少ない）とされています。



アキレス腱反射

## 【使用方法】

ハンマーは、柄を長く持ち、手首の関節が支点になるように軽く振ってください。  
ヘッドが重いので、力を入れなくても強く叩けます。



● 理化学器機

● 基礎医学器機

● 薬学研究器機

● 実験動物飼育器機

● 医科器械一般

V2-1403

株式会社 夏目製作所  
NAIUME

本社  
〒113-8551  
東京都文京区湯島2-18-6  
TEL : 03-3813-3251  
FAX : 03-3815-2002  
<http://www.nazme.co.jp>

大阪支社  
〒567-0085  
大阪府茨木市彩都あさぎ7-7-18  
彩都バイオヒルズセンター3F  
TEL : 072-646-9311  
FAX : 072-646-9300

<申込書送付先>

公益社団法人 日本精神科病院協会 宛

ファクシミリ：03-5232-3315

**精神科医のための身体合併症講習会 第2回 アドバンスコース  
～精神科医のための神経所見のとり方講座 アップグレードコース～ 申込用紙**

申込日	年 月 日
フリガナ 申込氏名 (役職)	1. ( )
	2. ( )
	3. ( )
	4. ( )
病院名 (会員番号)	( )
住 所	〒 — 都・道・府・県
	ご担当者：
	電話番号 FAX
	Eメールアドレス：
備 考	医療用ハンマー（打診器）について何かありましたらこちらへご記入ください。

《個人情報の取り扱いについて》

申込書により取得しました個人情報は、事業の運営上必要な事務連絡や円滑な運営管理・統計分析のみに利用します。

なお、上記業務の一部を第三者機関に委託する場合がありますが、利用目的の範囲を超えて利用することがないように、管理・保護を徹底します。

ご不明な点は、事務局までお問合せください。