

「お母さん悩まないで！」 ～知ってほしい食物アレルギーのすべて～

平成21年度 厚生労働省免疫アレルギー疾患予防・治療研究推進事業

**リウマチ・アレルギー
シンポジウム Part1**
SENDAI

2009年 **12月13日(日)**

開場/12:30

講演/13:00～16:30

対象/患者さんおよびご家族

医療・保健・学校関係者

会場/仙台国際センター 大会議室「橘」

Part2「リウマチはここまでよくなる！」は
5日(土)、同会場において午後13時より開催。

●公開講座● 13:00～16:30

テーマ:

『お母さん悩まないで！
～知ってほしい食物アレルギーのすべて～』

【講演】 13:05～15:20

司会: 秋山 一男

(独立行政法人 国立病院機構 相模原病院
院長・臨床研究センター長)

1. 「知ってほしい食物アレルギーの基礎知識」

“どうして起きるのか?” から “症状、検査方法、治療
方法、アナフィラキシーショック対応” まで

森川 みき

(森川小児科アレルギー科クリニック 副院長)

2. 「知ってほしいアトピー性皮膚炎と 食物アレルギーの関係」

赤澤 晃

(国立成育医療センター 総合診療部小児期診療科 医長)

3. 「知ってほしい除去食、代替食」

～食品表示の見方から除去食、代替食による
栄養摂取方法まで～

林 典子

(独立行政法人 国立病院機構 相模原病院
臨床研究センター アレルギー性疾患研究部 管理栄養士)

【パネルディスカッション】 15:40～16:30

テーマ: 『お母さん悩まないで！

～知ってほしい食物アレルギーのすべて～』

コーディネーター:

秋山 一男

(独立行政法人 国立病院機構 相模原病院
院長・臨床研究センター長)

パネリスト:

森川 みき

(森川小児科アレルギー科クリニック 副院長)

赤澤 晃

(国立成育医療センター 総合診療部小児期診療科 医長)

林 典子

(独立行政法人 国立病院機構 相模原病院
臨床研究センター アレルギー性疾患研究部 管理栄養士)

園部 まり子

(特定非営利活動法人「アレルギーを考える母の会」代表)

★日本アレルギー学会 認定医・認定専門医教育研修講座:
本シンポジウムは、日本アレルギー学会認定医・認定専門医
制度規定に基づき2単位となり、当日会場にて受付します。
(受講証を発行します。)

**入場
無料**

参加を希望される皆様へ!

下記の方法にて事務局までお申込みください。

定員500名様

●インターネットでお申込みの場合

ホームページ <http://www.sympto.jp> にアクセスしていただき、
申込みコーナーよりお申込みください。

●ファックスおよびハガキでお申込みの場合

①氏名(ふりがな) ②年齢 ③性別 ④職業 ⑤住所(郵便番号)
⑥電話・FAX番号 ⑦E-mailアドレス ⑧参加希望人数 ⑨ご質問など、
以上①～⑨の内容をご記入の上、下記送付先までお送りください。

送付先: 財団法人日本予防医学協会

リウマチ・アレルギーシンポジウムPart1事務局

〒135-0001 東京都江東区毛利1-19-10 江間忠ビル FAX: 022-211-6657

※お申込みが、定員(500名様)を超えた場合は、先着順にて締め切らせていただきます。

●申込期限: 平成21年12月10日(木) 午後6時まで、または当日消印有効

お問い合わせ

財団法人日本予防医学協会

リウマチ・アレルギーシンポジウムPart1事務局

TEL: 022-211-6656 (お電話でのお問い合わせは、平日の午前9時～午後6時まで)

ホームページ <http://www.sympto.jp>

主催: 財団法人日本予防医学協会

仙台国際センター 会場案内図



〒980-0856 仙台市青葉区青葉山 TEL 022-265-2211

●交通/交通: 市営バス 博物館・国際センター前 下車 徒歩1分
※駐車場は台数に限りがありますので、バス・タクシーのご利用
をお願いいたします。

↑ **FAX.022-211-6657** ↑

TO: 財団法人日本予防医学協会内 リウマチ・アレルギーシンポジウム Part1 事務局

リウマチ・アレルギーシンポジウム part1 (仙台) 受講申込書

日時: 平成21年 **12月13日** (日) 13:00~16:30

会場: 仙台国際センター 大会議室「橘」

対 象 / 患者さんおよびご家族
医療・保健・学校関係者
公開講座 / 13:00~16:30
【講 演】13:05~15:20
【パネルディスカッション】15:40~16:30

申込日 平成 年 月 日

「リウマチ・アレルギーシンポジウムPart1 (仙台)」に参加申し込みます。

参加希望人数()名

ふりがな
お名前:

性 別: 男 ・ 女 年 齢: 才

職 業: ☐ 患者さんおよびご家族

☐ 医療・保健
☐ 学校関係者 { ☐ 医師 / ☐ 看護師 / ☐ 保健師 / ☐ 管理栄養士 / ☐ 小学校養護教諭 /
☐ 看護学校生 / ☐ 薬剤師 / ☐ 理学療法士 / 他 () }

ご住所: (〒 -)

TEL:

FAX:

E-mailアドレス:

※ご質問のある方は具体的にご記入ください。当日のパネルディスカッションの資料とさせていただきます。

- 定員を超す参加申込みの場合は、先着順にて締め切らせていただきます。(後日、受講証を発送いたします。)
- ファックス申込みの場合: 上記内容にご記入の上お申込みください。
- ご記入いただいた個人情報は、本事業目的以外での使用はいたしません。

E8

