

聴講者募集！ 入場無料！

臓器不全の疑問に  
専門医が  
お答えします

## 市民のための公開講座

テーマ

## 「移植ってなあに？」

～大阪大学移植医療フォーラム～

大阪大学  
OSAKA UNIVERSITY

ABC ラジオ



astellas

## 開催概要

司会：三代澤 康司 さん（ABCアナウンサー）  
桜井 ういよ さん（パーソナリティー）

日時

平成25年12月21日（土）  
14：00～17：00（開場13：30）

場所

松下IMPホール  
大阪市中央区城見1丁目3-7

定員

700名

入場

無料

共催：大阪大学・ABCラジオ・アステラス製薬株式会社  
後援：一般社団法人日本移植学会・NPO法人日本移植者協議会・  
公益社団法人日本臓器移植ネットワーク・  
公益財団法人大阪腎臓バンク地下鉄長堀鶴見緑地線「大阪ビジネスパーク」駅下車。  
4番出口すぐ。  
JR大阪環状線・京阪「京橋」駅から「TWIN21」の  
案内に沿って約5分、「TWIN21」の3階から連絡通  
路を通過して「松下IMPビル」へ。

12：30～13：30 医療相談コーナー（事前予約制・無料）

相談テーマ：「臓器不全（心不全、呼吸器不全、肺高血圧、肝不全、慢性肝炎、  
腎不全、重症糖尿病 ほか）」

メール・FAX・郵送にてお申し込み下さい（先着順50組）。

## ■お申し込み

会場の都合上、参加申込多数の場合は、先着順とさせていただきます。先着700名様には、事務局より聴講券をお送りします。（メール・FAX・郵送にてお申し込み下さい。）  
（※詳細はチラシ裏面をご覧ください。）

## ■応募締切 平成25年12月6日（金）

お申込み：「移植ってなあに？」事務局

【メール】 osaka@jp.astellas.com

【FAX】 072-626-0350

【郵送】 〒567-0032 茨木市西駅前町5-4 STD茨木ビル3階  
アステラス製薬株式会社 茨木第一営業所内（担当：宮崎・尾上）

【お問い合わせ】 TEL：072-631-0335（平日9：00～17：00）

【市民公開講座】移植ってなあに？ 参加申込書

申し込みFAX番号：072-626-0350

|  |   |
|--|---|
| 【プログラム】 進行：三代澤 康司 さん（ABCアナウンサー）        |   |
| 開会挨拶 吉川 秀樹 先生（大阪大学医学部附属病院 病院長）         |   |
| 【第1部】：「救急医療ってなあに？」「ICUってどんなところ？」       |   |
| 講演                                     | 司 会 三代澤 康司 さん（ABCアナウンサー）・桜井 ういよ さん（パーソナリティー）  |
|  | 講演① 「救急医療ってなあに？」<br>小倉 裕司 先生（大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター 准教授）  |
|  | 講演② 「ICUってどんなところ？」<br>藤野 裕士 先生（大阪大学大学院医学系研究科 麻酔集中医療学講座 教授）  |
| 【第2部】：「移植医療とは…？」                       |   |
| 講演                                     | 司 会 三代澤 康司 さん（ABCアナウンサー）・桜井 ういよ さん（パーソナリティー）  |
|  | 演 者 「移植医療とは？」<br>福嶋 教偉 先生（大阪大学大学院医学系研究科 重症臓器不全治療学寄附講座 教授）   |
| 討論                                     | 司 会 澤 芳樹 先生（大阪大学大学院医学系研究科 心臓血管外科学 教授）<br>三代澤 康司 さん（ABCアナウンサー）・桜井 ういよ さん（パーソナリティー）   |
|  | テーマ 「移植医療とは？」<br>●移植が必要な病気とは？<br>●どうなると移植が必要になるの？<br>●どうすれば移植が受けられるの？<br>●移植後の生活について（元気になるの？ 拒絶反応って？ 感染症のリスクは？）<br>●臓器移植・臓器提供に関する4つの考え方 |
| 閉会挨拶 澤 芳樹 先生（大阪大学大学院医学系研究科 心臓血管外科学 教授） |   |

「市民のための公開講座」にて「質問したい事項」がございましたら、「事前質問欄」に質問事項をご記入下さい。当日は、全ての質問にお答えできないこともありますのでご了承下さい。  
「医療相談コーナー」での相談をご希望される場合は、「希望する」に「○印」を記載の上、「相談内容」をご記入下さい。メールにてお申し込みの場合は、下記の必要項目をご記入の上、お送り下さい。

|              |            |          |
|--------------|------------|----------|
| フリガナ         |            |          |
| お名前          |            |          |
| フリガナ         |            |          |
| ご住所          | 〒          |          |
| 電話番号         | — —        |          |
| 参加人数         | 男性 ( ) 名   | 女性 ( ) 名 |
| 公開講座<br>事前質問 | 【質問内容】     |          |
| 医療相談<br>コーナー | 希望する・希望しない |          |
|              | 【相談内容】     |          |

ご提供頂く個人情報の取り扱いには最大限の注意を払い、本事業の運営の目的以外には利用致しません。