

『漢方薬の使い方を知ろう！！』

日本歯科東洋医学会認定研修会

2012年からは漢方薬の歯科保険適応が認められ、2017年には11方剤まで増えましたが、どれくらいの歯科医師が処方しているのでしょうか？本年度の関西支部会も、学会認定医取得に必要な学会指定の入門講習会を行います。支部会は**どなたでも参加できます**。関西支部の方でなくても、会員でなくても**是非ご参加ください**。

今年の教育講演は、今年度より日本歯科東洋医学会の会長になられた山口孝二郎先生にお願いしています。国家試験にも出る可能性が出てきた和漢薬ですが、医科での漢方薬処方率も上がってきていることもあり、自身で処方するしないにかかわらず、**副作用と注意事項**を知らなければいけません。そして、知るからには処方できるようにになりたいものです。

また、痛みの概念として心因性疼痛の代わりに新しく**痛覚変調性疼痛**が入りました。侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛に加わる3つ目の疼痛で、2021年に日本疼痛学会など痛み専門の国内8学会の連合で定められました。この疼痛は心身一如の考え方から、漢方薬が特に力を発揮しやすい分野になると思われます。

漢方薬処方や疼痛治療に関心がある方はぜひともご参加下さい！
歯科衛生士、看護師も大歓迎です！

日時:令和5年7月9日(日) AM9:30～ ZOOM 開催
令和5年7月11日(火)～8月31日(水)まで
オンデマンド開催



山口孝二郎先生
日本歯科東洋医学会会長

プログラム

9:00 ～ 9:30 支部総会 (ZOOMのみ) 関西支部会員2単位取得

9:30 ～ 10:30 教育講演1 **安心・安全に漢方薬を使うために**
～漢方薬の副作用と投与時の注意事項について～

10:40 ～ 11:40 教育講演2 **歯科における難治性疼痛の漢方薬治療**
～痛覚変調性疼痛の理解も含めて～
(ZOOMとオンデマンドあり) 会員5単位取得

13:00～

①日本歯科東洋医学会入門講習会 (ZOOMとオンデマンドあり) 会員5単位取得
入門講習会参加は学会認定医取得のために必須です！

東洋医学概論	瀧 邦高 (日本歯科東洋医学会指導医	日本歯科東洋医学会関西支部支部長)
入門歯科鍼灸	英保武志 (日本歯科東洋医学会指導医	日本歯科東洋医学会常任理事)
入門歯科漢方薬	久保茂正 (日本歯科東洋医学会指導医	日本歯科東洋医学会副会長)

②関西支部講習会

歯科漢方薬11方剤+α	小坂峰雄 (日本歯科東洋医学会認定医	日本歯科東洋医学会理事)
東洋医学から見たアンエイジング	岡佐和子 (日本抗加齢医学会指導士	日本歯科東洋医学会理事)



瀧 邦高



英保武志



久保茂正



小坂峰雄



岡佐和子

お申し込み方法 裏です ➡

申込開始!

参加費 : ¥5,000 円 (歯科医師、医師、薬剤師、鍼灸師)
¥2,000 円 (研修医、大学院生、歯科衛生士、コデンタル、看護師、コメディカル)
¥無料 (学生 6 年生まで)

定員 : 100 名 内容に興味ある方は会員、非会員、支部を問わずどなたでも参加できます
但し、日本歯科東洋医学会認定医のための単位取得には学会員であることが条件です。

:: お問合せ・申し込み先 ::

- ・事務局へ FAX、Mail で申込後、1 週以内に上記参加費を下記振込先に、振込お願いします。
- ・Mail 申し込みの方は、下記の内容を記載してください。下記 QR コードも利用できます。
- ・申し込み締め切りは 8/20(日)までとさせていただきます。
(8/11(金)～8/15(火)までは事務局はお休みです)

日本歯科東洋医学会 関西支部事務局



〒566-0064 大阪府摂津市鳥飼中 1-23-3
医療法人小坂歯科医院内

電話/FAX **072-653-4118**

✉ toyoshikakansai@outlook.jp



三菱 UFJ 銀行 茨木支店 普通 0434243 日本歯科東洋医学会関西支部会計小坂峰雄

入金をもって、申し込み完了といたします。振込手数料はご負担ください。

振込伝票をもって、領収書とさせていただきます。入金確認後、1 週間以内にメールにて、詳細をご連絡します。連絡がないようでしたら、メールでご連絡ください。

2023 日本歯科東洋医学会関西支部会 一漢方薬の使い方を知ろう!! 申し込み用紙一

1 診療所で多数参加される場合は申し込み用紙をコピーしてください

氏名	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	TEL	FAX:
詳細送付先住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属先	〒	
所属先名			
* FAX 申し込みの方はメールアドレスが読み間違えそうな文字(数字の1や0と英小文字lやO、ハイフオン、アンダーバー等)は仮名を書いていただけますようお願いいたします			
メールアドレス 仮名			
メールアドレス			
職種	<input type="checkbox"/> 歯科医師・医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> 研修医・大学院生 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士・コデンタル・看護師・コメディカル		