

近畿動物医療研修センター

セミナー開催のご案内

第3回獣医呼吸器病セミナー

寒冷の候、皆様におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

近畿動物医療研修センターにて、第3回獣医呼吸器病セミナーを開催させていただくことになりましたのでお知らせいたします。

今回のテーマは「短頭種気道症候群の病態と診断-この複雑な呼吸器疾患に立ち向かう-」です。

フレンチ・ブルドックやパグ、ボストンテリアなどの短頭種は日本でも人気ある犬種で、日常的に診療されていると思います。それに比して短頭種気道症候群（もしくは短頭種気道閉塞症候群）の診断や治療は十分に知れ渡ってはいません。この背景として、「症候群」と表現されていることからわかるように、「外鼻孔狭窄」や「軟口蓋過長症」、「喉頭小嚢の外転」などといった複数の疾患が合併することで、病態を複雑化させていることが挙げられます。さらに言うなれば、異常呼吸音が明確であるにも関わらず、飼主様がそれを「短頭種の正常な呼吸はこんなものだろう」、「短頭種はみんなこんな呼吸をしているものだ」と誤認していることも原因の1つでしょう。

今回のセミナーでは、短頭種気道閉塞症候群を隅から隅までご理解いただき、日常診療の中でのより正確なインフォームド・コンセントと、より積極的な治療介入に役立てていただける内容にさせていただきました。まずは「病態と診断」に重点を置き、先生方に短頭種気道症候群をもう一度振り返っていただこうと考えています。そして、第4回獣医呼吸器病セミナーは「短頭種気道症候群の麻酔と外科治療」と題し、より臨床的な側面からのアプローチができるような内容となっております。

2回にわたりご聴講いただくことで、この複雑な疾患群をひも解き、より理解を深めていただけるものと確信しております。

皆さま奮ってご参加いただければ幸いです。

以下の日時にて開催致します。

| | |
|-------|---|
| 日時 | 平成30年5月19日 土曜日 |
| | 午後20時00分～22時00分 |
| 開催場所 | 近畿動物医療研修センター 2階 |
| 講師 | 末松 正弘 AMC末松どうぶつ病院 副院長 近畿動物医療研修センター附属動物病院 非常勤 鹿児島大学大学院共同獣医学研究科 獣医循環器認定医 九州画像診断研究会 副代表 |
| 司会・進行 | 進藤 允 近畿動物医療研修センター附属動物病院 診療部長 |
| 参加費 | 2,000円 |

お手数をお掛けしますが、申込書をご記入いただき FAXにてお申し込みください。

会場の関係上、お申込み人数が50名に到達した場合、早期に締切らせていただきますのでご留意の程お願いいたします。

ご不明な点がございましたら近畿動物医療研修センターまでお問い合わせください。

近畿動物医療研修センター

大阪府東大阪市菱江3丁目15-27

TEL: 072-960-1212 (附属動物病院共通)

第3回 獣医呼吸器セミナー

参加申込用紙

FAX日 2017年 月 日

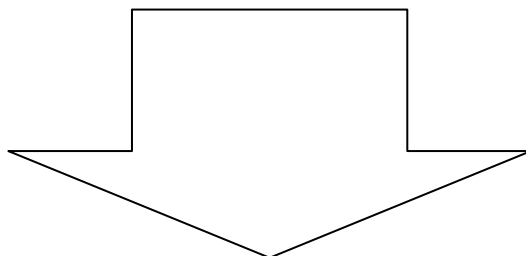
| | |
|----------------|--------------------------------------|
| 日時 | 平成30年5月19日 土曜日 20時00分～22時00分 |
| 演題 | 短頭種気道症候群の病態と診断 -この複雑な呼吸器疾患に立ち向かう- |
| 講師 | 末松 正弘 獣医循環器認定医 AMC すえまつ動物病院 副院長 |
| 開催場所 | 近畿動物医療研修センター 2階 |
| 参加施設名 | |
| 参加者人数 | 名 |
| 参加者氏名 | |
| 参加者代表者名 | |
| 参加者施設代表連絡先番号 | |
| 参加者施設代表 FAX 番号 | |
| 参加者施設代表メールアドレス | |

上記申込みいたします。

先着順ですので、ご理解いただければ幸いです。

参加確定時点で、上記連絡先に参加証の FAX を送付させていただきます。

お申込み締切日：平成30年5月12日（土）



FAX 番号：072-964-8686 までお送りください。

第4回 獣医呼吸器セミナー

参加申込用紙

FAX日 2017年 月 日

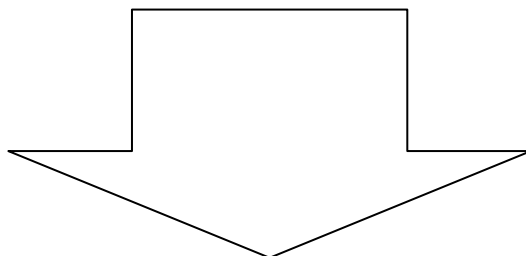
| | |
|----------------|--|
| 日時 | 平成30年9月1日 土曜日 20時00分～22時00分 |
| 演題 | 短頭種気道症候群の麻酔と外科治療 -この複雑な呼吸器疾患に立ち向かう- |
| 講師 | 末松 正弘 獣医循環器認定医 AMC すえまつ動物病院 副院長 |
| 開催場所 | 近畿動物医療研修センター 2階 |
| 参加施設名 | |
| 参加者人数 | 名 |
| 参加者氏名 | |
| 参加者代表者名 | |
| 参加者施設代表連絡先番号 | |
| 参加者施設代表 FAX 番号 | |
| 参加者施設代表メールアドレス | |

上記申込みいたします。

先着順ですので、ご理解いただければ幸いです。

参加確定時点で、上記連絡先に参加証の FAX を送付させていただきます。

お申込み締切日：平成30年5月12日（土）



FAX 番号：072-964-8686 までお送りください。