

リウマチ性疾患に関する医療薬学教育講義・実習等記録 教

(教職員用)

講義/セミナー/演習/医学薬学実習等 名称	実施年月日 (時間)	申請単位数
内容	実施機関	
(名称) 講義：『関節リウマチの病態・薬物療法』	令和 ○年 6月 1日 (90分) 10:00 ~ 11:30	1 単位
(内容) 関節リウマチの病態生理、薬物療法 (DMARD・生物学的製剤) と副作用マネジメント、自己注射手技について講義を行った。	実施機関名 ○○○○大学 薬学部 ○○学科 都道府県名：東京都	
(名称) 演習： 『関節リウマチ患者の薬学的管理指導』	令和 ○年 7月 1日 (45分) 10:00 ~ 10:45	0.5 単位
(内容) メトトレキサートなどの DMARD の投与方法と副作用の説明、自己注射手技のデモンストレーションなど、実際の服薬指導を見学・ロールプレイさせた。	実施機関名 ○○○○大学 薬学部 ○○学科 都道府県名：東京都	
(名称) 演習： 『関節リウマチ患者に対するチーム医療』	令和 ○年 8月 1日 (90分) 10:00 ~ 11:30	1 単位
(内容) リウマチ疾患について異なる学科の学生同士が相互に課題に取り組み、相互への理解と尊重を促進することを目的とし、臨床現場における多職種連携・協働の意義について講義とグループワークを行った。	実施機関名 ○○○○大学 薬学部 ○○学科 都道府県名：東京都	
		計 ○ 単位

注) それぞれのシラバスを添付。
上記スペースに書ききれない場合は別紙に記入。

申請者氏名

財団 薬太郎