

## 第18回 宮城手の外科セミナープログラム

日時：令和2年9月26日（土）12:00～18:30

場所：会場は設けずWEB開催（ZOOM）に変更となりました。詳細は裏面をご参照ください。

TEL：080-9889-4111（エーザイ株式会社 多田）

参加費：3,000円（医師以外2,000円）

【製品紹介】 エーザイ株式会社（12:00～12:25）

ご挨拶（12:25～12:30）

仙塩利府病院 整形外科 宮坂 芳典

【一般演題Ⅰ】（12:30～13:50）

1. 手根管症候群における超音波正中神経断面積計測と神経伝導検査の関連性（12:30～12:50）

仙塩利府病院 整形外科 長谷川 和重

2. 手根管症候群術後のPillar painについて（12:50～13:10）

ごとう整形外科/手外科クリニック 小林 義尊

3. 上肢におけるLocal Damage Control（13:10～13:30）

東北大学病院 整形外科 小暮 敦史

4. 人工肘関節置換術の治療成績（13:30～13:50）

東北労災病院 整形外科 八田 卓久

（休憩）13:50～14:00

【一般演題Ⅱ】（14:00～15:15）

6. スナッピング、ロッキングを生じる手外科疾患（14:00～14:35）

仙台市立病院 整形外科 佐々木 大蔵

7. 多数指切断に対する計画的再接着の試み—限られた人員でいかに成功に導くか（14:35～14:55）

仙台医療センター 形成外科 三浦 孝行

8. 手の骨・軟部腫瘍（14:55～15:15）

ごとう整形外科/手外科クリニック 園淵 和明

（休憩）15:15～15:20

【一般演題Ⅲ】（15:20～16:20）

9. 尺骨神経管症候群の臨床像と治療経験（15:20～15:40）

東北労災病院 整形外科 信田 進吾

10. TFCC損傷の保存療法（15:40～16:00）

ごとう整形外科/手外科クリニック 後藤 均

11. 手外科べからず集 —これはやってはいけない！？—（16:00～16:20）

仙台医療センター 形成外科 鳥谷部 荘八

（休憩）16:20～16:30

【特別講演】（16:30～18:30）

1. 『手外科における形成外科的エッセンス』（16:30～17:30）

【座長】仙台医療センター 形成外科 鳥谷部 荘八 先生

【演者】昭和大学藤が丘病院 形成外科 高木 信介 先生

2. 『手外科医の放射線被曝—X線透視下手術の問題点—』（17:30～18:30）

【座長】仙塩利府病院 整形外科 宮坂 芳典 先生

【演者】山形済生病院 整形外科 石垣 大介 先生

日本整形外科学会教育研修会として1単位に認定されております。2：外傷性疾患 10：手関節・手疾患（受講料1単位：1,000円）

日本手外科学会教育研修講演として1単位が認定されております。（受講料1単位：1,000円）

※単位受講料はセミナー参加費3,000円に含まれております。なお、特別講演のみの受講の際は単位分の受講料を頂きます。

共催：宮城手の研究会／エーザイ株式会社  
宮城手の研究会事務局：仙塩利府病院 整形外科 長谷川和重  
TEL：022-355-4111 FAX：022-355-4192



## 第 18 回 (2020) 宮城手の外科セミナー

日 時 : 令和 2 年 9 月 2 6 日 (土) 1 2 : 0 0 ~ 1 8 : 3 0

場 所 : 開催形態がWEB開催 (ZOOMミーティング) に変更となりました。

接続URLはEメールにてご送付させていただきます。

参加費 : 医師 3000 円 (教育研修講演受講費含む)、

パラメディカル 2000 円

参加費は当日までにお振り込みにてご対応をお願い致します。

お振込の際は振込先のご確認と、氏名を入力をお願い致します。

振込手数料が生じた際は恐縮ですが参加者様のご負担にてご対応をお願い致します。

ゆうちょ銀行 (金融機関コード「9900」)

店名「八一八 店」

店番「818」

普通預金 口座番号「0987816」

### FAX送信 (E-mailでも可)

宮城手の研究会事務局 仙塩利府病院 整形外科 長谷川和重 宛

FAX : 0 2 2 - 3 5 5 - 4 1 9 2

E-mail : [hasekazu@muh.biglobe.ne.jp](mailto:hasekazu@muh.biglobe.ne.jp)

第 18 回 (2020) 宮城手の外科セミナーに参加を希望します

※ZOOM接続URLをご送付致しますのでメールアドレスを必ずご記載下さい。

◆参加者氏名 : \_\_\_\_\_

◆現在の勤務先 \_\_\_\_\_

◆職種                      医師              PT              OT              その他

◆連絡先

勤務先の FAX または TEL : \_\_\_\_\_

E-mail (必須) : \_\_\_\_\_