**第39回日本救命医療学会総会・学術集会**

**演題登録・抄録記入用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局記入欄 | |
| 受付No. |  |
| 演題番号 | － |

**カテゴリ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | ショック |
| 2 | 臓器不全、臓器不全の診断と評価・スコアリング等 |
| 3 | 敗血症・重症感染症、特殊感染症 |
| 4 | DIC、TMA、止血・凝固異常 |
| 5 | 中枢神経系障害、脳症、脳卒中等 |
| 6 | 呼吸障害、人工呼吸管理、呼吸ECMO等 |
| 7 | 急性腎障害、急性血液浄化療法等 |
| 8 | 心筋障害、心不全、ECMO・Impella管理、PCAS等 |
| 9 | 腸管機能不全、腸管虚血、代謝・栄養 |
| 10 | ICUAW等 |
| 11 | 外傷・熱傷・中毒他 |
| 12 | 脳死、終末期医療 |
| 13 | 病院前診療、MC |
| 14 | 働き方改革・チーム医療・病診連携、遠隔医療等 |
| 15 | その他 |

|  |  |
| --- | --- |
| **カテゴリ** | （カテゴリ番号）カテゴリ名 |
| **演題名**  ※全角40字以内 |  |
| **ご所属**  ※最大10施設 |  |
| **演者名**  ※最大15名 | 〇筆頭演者 |
| **本文**  ※全角800字以内  ※図表が入る場合は全角600文字以内)  ＊英数字は半角  ＊カタカナは全角  ＊記号は全角  ＊文字の装飾はなし |  |
| 筆頭演者ご連絡先・発表ファイル形式のご確認　※必須 | |
| お名前 |  |
| カナ |  |
| ご所属 |  |
| 会員・非会員を記入 |  |
| メールアドレス |  |
| 住所（所属施設住所） |  |
| 電話番号 |  |
| OS |  |
| PowerPoint Version |  |
| ビデオファイル形式 (使用される場合) |  |