



特定非営利活動法人日本感染管理支援協会 電子ブックシリーズ

ゲッティング・スターテッド 医療業界での従業員保健

医薬品産業保健専門委員会 (AOHP) 編集
日本語訳監修：特定非営利活動法人日本感染管理支援協会

- 概要：歴史と役割
- 管理職としての機能
- 業務改善
- 記録管理
- 健康アセスメント
- 職務適性評価と薬物スクリーニング
- 健康と安全
- 労働災害補償
- ネットワーキングとリソース
- 認定
- 業務開始のその後
- 参考文献

新発売



定価：7000円(税込)

臨床ケア改善対策： 手術部位感染予防

著者団体：Joint Commission Resources, Joint Commission International
日本語訳監修：特定非営利活動法人日本感染管理支援協会

- 手術部位感染の現状
- SSI関連ガイドライン、勧告、要件等
- 術前の手術部位感染の予防と緩和
- 術中期の手術部位感染の予防と緩和
- 術後の手術部位感染の予防と緩和

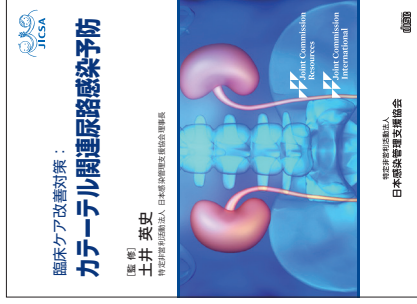


定価：2500円(税込)

臨床ケア改善対策： カテーテル関連尿路感染予防

著者団体：Joint Commission Resources, Joint Commission International
日本語訳監修：特定非営利活動法人日本感染管理支援協会

- 導尿カテーテルの留置：医学的必要性から医療被書へ
- 知識を実践にいかす：導尿カテーテル挿入のベストプラクティス
- カテーテルのケア違反を回避する：導尿カテーテルのメンテナンスに関するベストプラクティス
- 病院以外の医療環境におけるカテーテル関連尿路感染のための特別検討事項
- データを使ってパフォーマンスを改善する：カテーテル関連尿路感染のサーベイランス

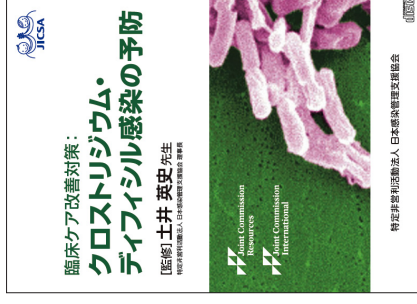


定価：2500円(税込)

臨床ケア改善対策： クロストリジウム・デフィシル感染の予防

著者団体：Joint Commission Resources, Joint Commission International
日本語訳監修：特定非営利活動法人日本感染管理支援協会

- クロストリジウム・デフィシル感染のインパクト
- クロストリジウム・デフィシルに関する要件、ガイドライン、ケアのスタンダード
- クロストリジウム・デフィシル予防と軽減のためのエビデンスベースのベストプラクティス
- 改善の継続
- クロストリジウム・デフィシル予防ケーススタディ



定価：2500円(税込)

お申し込み・お問い合わせは「感染管理セミナー事務局」まで。TEL.06-6958-1121 FAX.06-6958-6664 (裏面申込書をご参照ください)

※書店での販売はしておりませんので、直接感染管理セミナー事務局へお申し込みください。

※本商品はCD-ROMでの販売のみとさせていただきます。 (パソコン専用)

電子ブックのご注文は、下記欄に必要事項をご記入の上代金(送料含む)振込受領書を添付の上、下記事務局までFAXしてください。

〈お申し込み先〉 感染管理セミナー事務局 **お申込みFAX：06-6958-6664** ☆書店扱いしていません
〒535-0022 大阪市旭区新森5丁目3番22号 TEL:06-6958-1121

〈お振り込み先〉 三井住友銀行/大阪中央支店 普通 8623717
名 義：株式会社OSS (カブシキガイシャオーエスエス)
※書籍販売の収受に関する管理を株式会社 OSS に委託しています。

注文書

✓	個数	タイトル	販売価格	合計
		ゲッティング・スターティッド 医療業界での従業員保健	7,000円	円
		臨床ケア改善対策：手術部位感染予防	2,500円	+送料 (下記をご確認ください)
		臨床ケア改善対策：カテーテル関連尿路感染予防	2,500円	円
		臨床ケア改善対策：クロストリジウム・ディフィシル感染の予防	2,500円	お振込金額 円

↑—ご購入希望分に必ずチェック✓印をお付けください。 ※振込手数料はご負担ください。

《送料について：470円/1点(税込)》

・商品1点ごとに規定の送料が発生いたします。

・CD書籍を複数ご注文をいただき、同梱にて発送を行わせていただきました場合も、送料×商品数のご請求となります。

※書籍(セントラルサービステクニカルマニュアル等)と一緒にご注文いただきました場合、CD書籍の送料は無料とさせていただきます。

ご氏名 _____ (ご本人)
振込者名 _____ (お振込の名義がご本人と異なる場合は必ずご記入ください。)
送付先(施設・自宅) 〒 _____ 住所 _____ どちらかに○印
施設名 _____ 勤務部署 _____
TEL(施設・自宅) _____ FAX(施設・自宅) _____ どちらかに○印