

第36回 埼玉県眼科手術談話会 プログラム

申請中

(日本眼科学会専門医制度生涯教育認定事業 No.01360) ※会場参加：1単位、WEB参加：0.5単位付与

対象：東京・神奈川・千葉・埼玉・群馬・茨城・栃木にお勤め・在住の先生

(日本医師会生涯教育制度認定事業 CC:15 臨床問題解決のプロセス)

日時：令和6年7月7日(日) 14:00~17:00

形式：ハイブリッド開催

会場：埼玉県県民健康センター 1F 大会議室

会費：1,000円

ご登録
QRコード



◎開会挨拶／高野 俊之 先生（埼玉県眼科医会 会長）

◎一般演題Ⅰ 14:00~14:40 座長／町田 繁樹 先生（獨協医科大学埼玉医療センター 眼科）

①「垂直 Hummelsheim 変法を行った先天 Monocular Elevation Deficiency の1例」

○坂本正明, 林麗如, 三須恵太, 大澤柊太, 町田繁樹（獨協医科大学埼玉医療センター 眼科）

②「眉毛下垂を伴う眼瞼皮膚弛緩症に対し生え際切開前額リフトを施行した2例」

○勝村宇博（かつむらアイプラストクリニック）

③「今後の緑内障サージャン育成のために」

○日下真吾, 城下哲夫, 栗原秀行（栗原眼科病院）

④「Preserflo® マイクロシャント後の濾過胞再建の成績」

○城下哲夫, 貞松良成（さだまつ眼科クリニック）

◎一般演題Ⅱ 14:40~15:20 座長／城下 哲夫 先生（さだまつ眼科クリニック）

⑤「アセチルスピラマイシン治療に抵抗し硝子体手術が必要となったトキソプラズマ網脈絡膜炎の1例」

○折尾義尊, 平沼優悟, 田口諒, 浅野友香, 田中克明, 高野博子, 梯彰弘, 蕪城俊克（自治医科大学附属さいたま医療センター 眼科）

⑥「空気またはガス置換を伴う硝子体手術後のアイハンスおよび3ピース眼内レンズの前房深度の変化」

○吉川祐司, 蒔田潤, 篠田啓（埼玉医科大学病院 眼科）

⑦「裂孔原性網膜剥離に対する強膜バックリング手術の検討」

○西塚弘一（埼玉医科大学総合医療センター 眼科）

⑧「バージョンアップされたNGENUITY 3Dビジュアリゼーションシステム1.5による白内障および硝子体手術」

○竹内大（防衛大学校 眼科学講座）

◎テーマ演題Ⅰ 15:20~16:00 座長／石井 清 先生（さいたま赤十字病院 眼科）

⑨「後部多形性角膜ジストロフィに対する水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術の1症例（続報）」

○清水柁之¹、石井清¹、中川卓²（1.さいたま赤十字病院 2.自治医科大学附属さいたま医療センター）

⑩「デジタルを用いた角膜混濁を伴う白内障手術」

○大野尚登（大野眼科クリニック）

⑪「釣針により外傷性角膜穿孔をきたした一例」

○清水裕介, 秦未稀, 岡本知大, 常吉由佳里, 里見真衣子, 林俊介, 奥山翔, 南雲美希, 橋本青葉, 細田進悟（国立病院機構埼玉病院 眼科）

⑫「角膜内皮移植時における前房内直接空気置換法(Direct Anterior Chamber Air Replacement:DACAR)の有用性」

○石川聖, 丸山貴史, 篠田啓（埼玉医科大学病院 眼科）

◎特別講演 16:00~17:00 座長／蕪城 俊克 先生（自治医科大学附属病院 眼科）

「角膜移植で治せる・治せない疾患の見極めを再考しよう」

演者／東京歯科大学市川総合病院 眼科 教授

山口 剛史 先生

◎閉会挨拶／蕪城 俊克 先生（自治医科大学附属病院 眼科）

共催：埼玉県眼科医会 千寿製薬株式会社

講演会終了後、情報交換会をご用意しております。

抄録

一般演題 I ①

「垂直 Hummelsheim 変法を行った先天 Monocular Elevation Deficiency の 1 例」
○坂本正明,林麗如,三須恵太,大澤柊太,町田繁樹 (獨協医科大学埼玉医療センター 眼科)

【緒言】先天 Monocular Elevation Deficiency (MED) は、片眼の上転障害を示す疾患である。我々は垂直 Hummelsheim 変法が奏功した MED の 1 例を経験したので報告する。

【症例】0歳6ヶ月女児。生後まもなく家族が左眼上斜視に気付き受診。初診時、眼位は Hirschberg 法で左眼固視時に右下斜視 15° と偽眼瞼下垂、右眼固視で左上斜視 30° を認めた。右眼の上転不全と Bell 現象が消失していた。なお左眼の眼球運動、Bell 現象は正常だった。経過観察後、1歳5ヶ月時に右眼 MED に対して垂直 Hummelsheim 変法を施行した。内・外直筋を二分割し上直筋付着部両側へ移動し、内・外直筋の上半分を上直筋付着部から後方 6.0 mm の筋腹縁に逢着した。術後の眼位は Krimsky 法で右下斜視 10° となり、残余斜視角に対してプリズム眼鏡を処方した。術後1年経過した現在も良好な眼位を維持している。

【考察】今回施行した Hummelsheim 法は水平筋全筋上方移動術 (Knapp 法) に比べて、外眼筋の半分を切断・移動するため前房虚血のリスクが低くなる。さらに移動した内・外直筋を上直筋の筋腹縁に縫着したことで矯正効果を増大できた。本症例は早期手術を施行し、残余斜視角をプリズム眼鏡で矯正しており、両眼視の獲得も期待できる。先天 MED に対して垂直 Hummelsheim 変法は有効な術式と思われた。

一般演題 I ②

「眉毛下垂を伴う眼瞼皮膚弛緩症に対し生え際切開前額リフトを施行した2例」
○勝村宇博 (かつむらアイプラストクリニック)

【緒言】2021年9月の開院以来、数多くの眼瞼皮膚弛緩症を施行している。通常は瞼縁皮膚切除術もしくは眉毛下皮膚切除術を選択するが、眉毛下垂を伴っている場合、これらの術式では術後に良好な結果が得られないことがある。今回は、眉毛下垂を伴う眼瞼皮膚弛緩症に対し生え際切開前額リフトを施行した2例を経験したので報告する。

【症例】症例1は41歳女性。症例2は56歳女性。共に数年前から徐々にまぶたの重みや開けづらさ、上方視野障害を自覚し、当院受診となった。眼瞼皮膚弛緩症を有していたが、術前のシュミレーションで眉毛下垂が認められたため、生え際切開前額リフトを施行した。術後自覚症状は改善しており、術後経過は良好である。

【結語】生え際切開前額リフトは、眉毛下垂を伴う眼瞼皮膚弛緩症に対して治療の選択肢の一つになりうると考えられた。

一般演題 I —③

「今後の緑内障サージャン育成のために」

○日下真吾,城下哲夫,栗原秀行 (栗原眼科病院)

近年、long tube shunt に加え、PreserFlo Micro shuntの登場で緑内障濾過手術の選択肢はより増えた。

これらの背景により、若手術者がトラベクトミーを経験する機会が減少し、習得がより困難になっている可能性がある。

眼外法のトラベクトミーでは結膜切開、強膜フラップ作成、フラップ縫合、シュレム氏管の同定など、トラベクトミーのキモとなる部分の手技を経験することができる。

今回、若手術者における2種類（眼内法、眼外法）のトラベクトミーの達成度と術後成績を比較し、トラベクトミーの達成度、術後成績について検討する。

また今後、若手術者が如何にしてトラベクトミーを習得すべきか考える。

一般演題 I —④

「Preserflo® マイクロシャント後の濾過胞再建の成績」

○城下哲夫,貞松良成 (さだまつ眼科クリニック)

【緒言・目的】 Preserflo® MicroShunt(PFM) は、2024年8月に本邦で使用可能となった濾過手術のデバイスである。線維柱帯切除術に比べ、低侵襲で併発症が少ないことが特徴であるが、効果不十分な症例は一定数存在する。今回、PFMの術後眼圧下降不十分症例に対する濾過胞再建の成績を報告する。

【対象・結果】

2023年1月～2024年5月にPFMを挿入した73例84眼中、眼圧下降不十分のため濾過胞再建を施行した13例14眼を対象とした。平均年齢は 71.4 ± 11.4 (49-88)(mean \pm SD(range))、平均術後観察期間は4.8ヶ月、病型の内訳は原発開放隅角緑内障7眼、落屑緑内障5眼、続発閉塞隅角緑内障2眼、術前平均眼圧は 26.2 ± 3.8 (18-39)mmHg、術前平均点眼剤数は 2.8 ± 1.7 (0-5)剤であった。術後3ヶ月時点での平均眼圧は 13.5 ± 4.7 (7-23)mmHg(n=11)、平均点眼剤数は 0.2 ± 0.4 本、成功率は83.3%であった。

【結論】

PFMの効果不十分な症例において濾過胞再建は有効であるが、過剰濾過となる症例も散見され、過剰濾過の予防も考慮に入れる必要がある。

一般演題Ⅱ—⑤

「アセチルスピラマイシン治療に抵抗し硝子体手術が必要となったトキソプラズマ網脈絡膜炎の1例」
○折尾義尊,平沼優悟,田口諒,浅野友香,田中克明,高野博子,梯彰弘,蕪城俊克
(自治医科大学附属さいたま医療センター 眼科)

【緒言】アセチルスピラマイシンの内服を開始するも治療に抵抗し、硝子体手術に至ったトキソプラズマ網脈絡膜炎の症例を報告する。

【症例】63歳男性。3か月前右眼の飛蚊症を主訴に前医を受診。矯正視力右眼(0.9)、左眼(1.2)、右眼汎ぶどう膜炎の診断で、点眼加療開始、トリアムシノロン・テノン嚢下注射を施行するも硝子体混濁が出現、右眼(0.5)に低下、右眼網膜周辺部に白色滲出病変を認めたため、当科へ紹介となった。初診時右眼肉芽腫性虹彩炎、硝子体混濁、網膜周辺部に癒痕化した網膜萎縮巣および滲出斑を認めた。前房水PCR検査でトキソプラズマDNAが陽性となり、トキソプラズマ網脈絡膜炎と診断、アセチルスピラマイシンの内服を処方した。しかし年末のため薬剤の到着が遅れ、内服開始10日目には右眼(0.06)に低下。右眼虹彩炎および硝子体混濁は悪化し、下方網膜周辺部の網膜滲出性病変は拡大し、壊死性網膜炎の状態であった。同日緊急入院し、右眼に白内障手術併用硝子体手術を施行した。術後は治療薬をトリメトプリム・スルファメトキサゾール製剤内服に変更したが、腎障害がみられたため、アトバコン内服に変更した。網膜滲出病変は術後1か月でほぼ癒痕化し、右眼(0.6)まで回復した。

【考察】薬物療法に抵抗するトキソプラズマ網脈絡膜炎では、治療薬の変更に加えて硝子体手術が有効なことがあり、手術に踏み切るタイミングが重要である。

一般演題Ⅱ—⑥

「空気またはガス置換を伴う硝子体手術後のアイハンスおよび3ピース眼内レンズの前房深度の変化」
○吉川祐司,蒔田潤,篠田啓(埼玉医科大学病院 眼科)

【目的】空気またはガス置換を伴う白内障硝子体同時手術後のテクニスアイハンス(Johnson & Johnson Surgical Vision, Inc)および3ピース眼内レンズ(IOL)挿入眼の前房深度(ACD)の変化を調べること。

【方法】2023年1月～2023年7月に埼玉医科大学病院で白内障同時手術(空気・ガス置換)を受けた16名16眼を対象とした。ACDは術前、術後気体が100%、50%、0%の時点でCASIA II(TOMEY, Co.)を用いて測定した。各時点でのACDをアイハンス群と3ピースIOL群で比較した。

【結果】IOLはテクニスアイハンス5眼、3ピースIOL11眼であった。アイハンス群のACDは各々術前;2.87±0.34mm、100%;3.57±0.35mm、50%;4.06±0.52mm、0%;4.37±0.31mmであった。3ピースIOL群のACDは各々術前;2.67±0.32mm、100%;3.08±0.30mm、50%;3.71±0.34mm、0%;3.89±0.20mmであった。両群ともガスの減少に伴ってACD値は有意に増加した。両群間の比較では、術前のACDに差はなかったが、アイハンス群のACDは100%時および0%時に3ピースIOL群より有意に大きかった。

【結論】

テクニスアイハンスは空気、ガスによる圧負荷に対して高い嚢内安定性を示す可能性が示された。

一般演題Ⅱ—⑦

「裂孔原性網膜剥離に対する強膜バックリング手術の検討」
○西塚弘一（埼玉医科大学総合医療センター 眼科）

【目的】網膜剥離レジストリ（Japan-Retinal Detachment Registry）における裂孔原性網膜剥離（RRD）の検討では24.2%の症例が初回手術として強膜バックリングが選択されていた。バックリング手術の現状を理解するためにRRDに対して強膜バックリング手術を行なった症例の検討を行なった。

【対象と方法】対象は2023年4月～2024年5月に埼玉医科大学総合医療センターにて初回強膜バックリング手術を行なったRRD症例12例13眼。年齢、性別、網膜剥離の形状、手術方法と手術成績について後ろ向きに検討した。

【結果】症例の内訳は男性8例8眼、女性4例5眼、平均年齢 25.1 ± 13.1 歳であった。裂孔の形状は弁状裂孔が2眼（15.4%）、萎縮円孔が11眼（84.6%）、黄斑剥離ありが3眼（23.1%）、黄斑剥離なしが10眼（76.9%）剥離の範囲は1象限以内が8眼（61.5%）、2象限以内が5眼（38.5%）で3象限以上の剥離はみられなかった。麻酔方法は局所麻酔が4眼（30.8%、平均年齢 39.0 ± 13.5 歳）、全身麻酔が9眼（69.2%、平均年齢 18.7 ± 4.9 歳）で、3眼（23.1%）に術中排液を行ない、13眼（100%）において初回復位が得られた。

【結論】2象限以内で裂孔箇所が限局しているRRDにおいて強膜バックリング手術が選択され良好な治療効果が得られた。若年者では全身麻酔が必要となることが多く、麻酔科との連携も重要であった。

一般演題Ⅱ—⑧

「バージョンアップされたNGENUITY 3Dビジュアライゼーションシステム1.5による白内障および硝子体手術」
○竹内大（防衛大学校 眼科学講座）

当大学では「NGENUITY® 3D ビジュアルシステム」（以下、NGENUITY®）によるヘッズアップサージェリーを2018年より使用している。顕微鏡のアナログ映像は3DビデオHDR（High Dynamic Range）カメラ、そしてNGENUITY®によりハイスピードでより焦点深度の深い最適化された高解像度のデジタル映像に変換され、4Kモニターに映し出された映像を偏光メガネで観察することにより、繊細な眼底組織を鮮明な奥行きとともに広い視野で手術することが可能である。今回のバージョンアップでは、改良されたカラーテンパラチャーによる手術画像の鮮明化、カスタマイズ可能な画像エンハンスメントアルゴリズムによる解剖学的構造の視覚化、そしてコントラストブーストを上げることによるより鮮明な奥行き画像が得られるようになった。また、IOL度数計測機器のアルゴス®とのリンクでサージカルガイダンスによるトーリックレンズの乱視軸設定がより簡便に行えるようになった。本講演では実際の手術ビデオを通してこれらの映像を供覧する。

テーマ演題 I —⑨

「後部多形性角膜ジストロフィに対する水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術の1症例（続報）」
○清水 征之¹、石井 清¹、中川 卓²（1.さいたま赤十字病院 2.自治医科大学附属さいたま医療センター）

【緒言】後部多形性角膜ジストロフィ（posterior polymorphous corneal dystrophy, PPCD）では、乱視や角膜混濁による視力低下が報告されている。PPCDを有する眼に水晶体再建術併用眼内ドレーン手術を施行した際、ゴニオスコピーの視認性不良、術後の角膜浮腫、角膜乱視の一過性の増悪を認めた症例を第128回日本眼科学会総会で報告した。今回観察期間の延長にともなう経過報告をする。

【症例】78歳の男性が低侵襲緑内障手術（MIGS）のために当院紹介。両眼に角膜内皮小胞変化と帯状病変を呈した。内皮細胞密度は2983/ 2871cells/mm²（右眼/ 左眼）、角膜中心厚は581μm/ 572μm、視力は(0.6)/ (0.2)、全角膜乱視は-2.7D/ -2.5Dであった。両眼にgrade 2の核白内障を認めた。両眼共に2.4mmの角膜切開によるPEA+IOL施行後、下方と下鼻側の線維柱帯にiStent inject[®] Wを挿入する際に、隅角の視認性の低下が見られた。

術1週、1ヶ月および3ヶ月後、角膜中心厚は614μm/ 609μm、618μm/ 598μm、603μm/ 584μmと軽度の角膜浮腫を認めた。視力は術1週、1ヶ月および3ヶ月後、(0.5)/ (0.4)、(0.4)/ (0.2)、(0.6)/ (0.6)、角膜乱視は-1.4D/ -5.5D、-2.6D/ -4.6D、-1.3D/ -2.8Dであり、術後の角膜乱視の増悪と角膜浮腫は、徐々に改善した。

【考按】PPCDに白内障手術を安全に施行できたという報告はあるが、PPCDを有する眼でのMIGSは、本症例のように①隅角鏡の視認性が通常より悪い、②術後の角膜乱視変化が大きい場合があり、術後早期の視機能に関して注意を要すると考えられた。

テーマ演題 I —⑩

「デジタルを用いた角膜混濁を伴う白内障手術」
○大野 尚登（大野眼科クリニック）

【緒言】白内障手術において、角膜混濁があると手術の視認性が低下し、難易度が増す。これまでの前嚢染色法や特殊な照明法は侵襲的である。本研究では、NgenuityRのカラーフィルターを使用し、Monochrome設定での手術視認性向上の方法を提案する。

【目的】NgenuityRのカラーフィルターを用いたMonochrome設定が白内障手術における視認性向上に効果的かを検討し、その有用性を評価する。

【方法】NgenuityRのカラーフィルターを用いてMonochrome設定を行い、手術の視認性を比較評価した。

【結果】Monochrome設定下での手術観察では、通常の顕微鏡に比べて明瞭な視界が得られ、手術の各段階で視認性が向上した。画像処理による非侵襲的かつ簡便な方法が提供され、手術の遂行が容易であることが確認された。

【考察】Monochrome設定下での手術観察は手術の精度や安全性を向上し、患者への負担が軽減される可能性がある。侵襲的な手法を用いる必要性が低減され、手術の効率性も向上する。

【結論】NgenuityRのカラーフィルターを使用したMonochrome設定は白内障手術において有用であることが示唆された。この方法は手術の視認性向上だけでなく、患者への侵襲を最小限に抑える非侵襲的なアプローチとして有望である。

テーマ演題 I ー⑪

「釣針により外傷性角膜穿孔をきたした一例」

○清水裕介, 秦末稀, 岡本知大, 常吉由佳里, 里見真衣子, 林俊介, 奥山翔, 南雲美希, 橋本青葉, 細田進悟
(国立病院機構埼玉病院 眼科)

【緒言】釣針により角膜穿孔、水晶体損傷を生じたが二期的な手術によって良好な術後視力を得た一例を経験したので報告する

【症例】46歳男性、既往歴なし

イカ釣り中にルアーが右眼に刺さり受傷。同日中に近医を受診し、翌日手術加療目的に当院紹介受診となった。右眼の視力は0.04 (n.c)、眼圧0 mmHg、角膜上耳側に2箇所の角膜穿孔創がみられ、前房は保たれているものの旺盛な前房水漏出を認めた。虹彩損傷に伴う前房出血のため眼底は透見不良であったが、Bモードエコーにて網膜剥離や硝子体出血は認めなかった。角膜穿孔、虹彩損傷、水晶体損傷に伴う白内障を認め、同日緊急で角膜縫合術、水晶体再建術を施行した。

イソジンヨードを灌流液中に混注して手術を行った。始めに2箇所の角膜穿孔部を10-0ナイロン糸で1針ずつ縫合を行った。一部前囊破損が赤道部付近まで達していたものの後囊破損はきたしておらず、連続環状囊切開を完成することができた。型通り核処理を行い、感染コントロールを優先させるため眼内レンズは挿入せず、メディカルユースコンタクトレンズを装用し術終了とした。

術翌日から軽微な前房水漏出を認めていたが、眼圧は保たれていた。術後10日目には漏出はみられなくなり、術後14日目には矯正視力(1.0p)まで回復を認めた。術後4ヶ月の時点で感染兆候がみられないため、二期的に眼内レンズ挿入術を施行したところ矯正視力(1.2)が得られた。

【結語】本症例では、迅速な手術加療を行うことにより、角膜感染症および水晶体起因性眼内炎を引き起こすことなく良好な視力を得ることができた。

テーマ演題 I ー⑫

「角膜内皮移植時における前房内直接空気置換法

(Direct Anterior Chamber Air Replacement: DACAR)の有用性」

○石川聖, 丸山貴史, 篠田啓 (埼玉医科大学病院 眼科)

【背景】緑内障外科治療眼や硝子体術後眼は、角膜内皮移植(DSAEK)の手術高リスク眼であり手術予後が悪いとされている。その理由の1つは、従来の空気による接着法では角膜グラフトをレシピエント角膜に接着させるだけの眼圧確保グラフトのセンタリングが困難なためであった。埼玉医大では2018年10月より、硝子体手術器具を用いて、前房内に挿入した角膜を把持したまま前房内を空気置換する前房内直接空気置換法(Direct Anterior Chamber Air Replacement: DACAR)を行っている。これにより角膜のセンタリングと術中の眼圧確保が容易になった。

【目的】従来の空気置換法とDACAR法で、手術時間、術後の成績を比較すること。

[対象と方法]2016年1月から2024年1月までの間、緑内障外科治療既往もしくは硝子体手術既往のある、角膜内皮移植手術の高リスク疾患を有する眼に対し角膜内皮移植(DSAEK)を施行した66例66眼につき本術式導入前後で手術時間と術後3ヶ月での角膜内皮細胞密度を比較した。

【結果】従来の空気置換群が32眼(74.1±12.7歳)、DACAR群34眼(70.6±13.7歳)だった。DACAR群の手術時間(51.6±13.4分)は従来群(62.7±21.4分)よりも有意に短い結果となった(p=0.009)。また、術後にグラフト接着不良があり空気再注入を要したのは従来群が11眼(34%)だったのに対し、DACAR群は0眼と有意に少なかった(p<0.001)。それ以外の合併症である前房内空気ブロックは従来群2眼に対しDACAR群5眼(p=0.24)、グラフト片不全は従来群5眼に対しDACAR群7眼(p=0.42)と有意差はなかった。術後3ヶ月での角膜内皮細胞密度は従来群で1415.2±517.7個/mm²、DACAR群で1445.5±422.3個/mm²と有意差はなかった。

【結論】DACAR法によるDSAEK手術は従来の方法と比較し、手術時間が短くかつ術直後の合併症の発生が少なかった。

特別講演

「角膜移植で治せる・治せない疾患の見極めを再考しよう」

東京歯科大学市川総合病院 眼科 教授
山口 剛史 先生

デスメ膜角膜内皮移植や培養上皮移植の登場と普及から、角膜移植は大きく進歩し治療方針に変革がありました。新しい角膜移植でこれまで治せなかった疾患が治せるようになり、しかも驚くほど良い視力が得られる時代になったといえます。しかし、依然として全層角膜移植や角膜輪部移植、強角膜移植など従来の手術方法でしか治せない患者も少なからず存在することも事実です。したがって、我々角膜専門医は、新しい治療へのアップデートだけでなく、古典的な術式を活かしつつ、ベストな角膜移植を選択しないといけない時代になったと思います。ともすれば、角膜内皮移植の時代になってから角膜移植を始めた世代は、移植免疫・ハイリスク管理について体系的に教育を受ける機会が少なく、従来の術式で治せる疾患があることを十分に知らないまま、新しい角膜移植を学んでいる可能性があると感じます。さらに、角膜内皮細胞注入治療やサクラシー®の登場で、従来の治療の予後が不良で、手術が相対的禁忌と言われてきた角膜疾患が治せる時代になっていくかもしれません。本講演では、日常診療でよく遭遇する前眼部疾患を復習しながら、今、我々が施行可能な角膜移植の範疇で、どのような疾患が治せて、どのような疾患がまだ治せないのか、どうしたら治せるのか、先生方と再考したいと思います。明日からの診療に役に立つ角膜移植の知識をアップデートし、角膜疾患をどのように治療をするか、一緒に考えられればと思います。

〈ご略歴〉

2002年 慶應義塾大学医学部卒業
2006年 独立行政法人国立病院機構霞ヶ浦医療センター医長
2009年 東京歯科大学市川総合病院眼科 助教
2011年 ハーバード大学眼耳鼻科病院
2014年 東京歯科大学市川総合病院眼科 講師
2021年 東京歯科大学市川総合病院眼科 准教授
2023年 東京歯科大学市川総合病院眼科 教授
現在にいたる

ご参加には事前申し込みが必要です

※会場参加の先生も事前登録をお願いいたします。

登録期限：2024年7月4日（木）23:59

①下記のURLまたは二次元コードから登録ページへアクセス

<https://bit.ly/3KHvpE1>



②登録ページのフォームに情報を入力

登録ページの内容

開催情報

プログラム

注意事項

登録

フォームに入力し送信してください。
自動送信されるメールにお支払いのリンクが記載されています。
メールが届かない方は迷惑メールフォルダもご確認下さい。
項目は全て必須項目です。

- ・お名前 姓／名
- ・メールアドレス medical-events.jpからのメールが受信出来るように事前に設定してください。
- ・会場参加・オンライン参加
どちらかをお選びください
会場参加の方にもZoomの参加メールは送付いたします
- ・ご所属
- ・勤務地の都道府県
- ・専門医番号（番号が無い方は「無し」と登録してください）

情報を入力後、左下にある青い「送信」ボタンをクリック

第36回 埼玉県眼科手術談話会

第36回 埼玉県眼科手術談話会

日時：令和6年7月7日（日）14:00～17:00
形式：ハイブリッド開催
会場：埼玉県民健康センター 1F 大会議室
会費：1,000円

プログラム

◎一般演題Ⅰ 14:00～14:40
座長／町田 繁樹 先生（菊池医科大学埼玉医療センター）

◎一般演題Ⅱ 14:40～15:20
座長／城下 悠夫 先生（さいたままつ眼科クリニック）

◎テーマ演題Ⅰ 15:20～16:00
座長／石井 清 先生（さいたま赤十字病院 眼科）

◎特別講演 16:00～17:00
座長／無城 俊亮 先生（自治医科大学附属さいたま医療センター 眼科）

注意事項

- ・お支払い登録後に自動送信されるメール内のリンクからクレジット決済をお願いします。
特定商取引法に基づく表示
- ・お申込後のお客様都合によるキャンセル・払い戻しはいたしません。なお、ウェブナー参加URLが届かないという理由でのキャンセルも対応いたしません。ご案内予定日に参加URLが届かない場合は、セミナー事務局にお問い合わせください。
- ・単位付与（Zoomの参加ログを確認し、事務局にて登録いたします）
対象：神奈川県にお勤め、在住の先生
※単位付与の為に事務局宛で参加者のメールアドレスを把握できる必要がありますが、Appleの提供するiCloud+サービス「メールを非公開」の機能を利用してZoomにサインインしていると、参加者を特定できず単位付与できないこととなります。参加にあたっては申込時に登録したメールアドレスでZoomにサインインしていただくようお願いいたします。
- ・Zoom参加のメールは開催の2日前に一斉送信いたします（例：5月27日開催の場合は5月25日です）。
- ・事前にZoomクライアントをインストールしておくことを推奨します。以下のページからダウンロードしてください。
https://zoom.us/download/client_4meeting
- ・次のリンクから、ご自身の環境がZoomに参加できるか確認できます。<https://zoom.us/test>
- ・通信環境を整えたいうえでのご受講をお願いいたします。Wi-Fi環境の不備などで参加できなかった場合でも返金対応等はいたしませんのであらかじめご了承ください。
- ・運営上不適切と判断した参加者はイベントの途中でもご退席いただく場合がございます。

登録

以下のフォームに入力し送信してください。自動送信されるメールにお支払いのリンクが記載されています。
メールが届かない方は迷惑メールフォルダもご確認下さい。
購入期限：2024年7月4日
項目は全て必須項目です。

お名前（姓）

お名前（名）

メールアドレス

参加方法
 現地参加 Web参加

ご所属

勤務地の都道府県名

専門医番号（番号が無い方は「無し」と登録してください）

③自動送信されたメール受信からクレジット払いの手続き

自動送信されたメール内容

以下の通り送信しています。

氏名 :

e-mail :

参加方法 :

ご所属 :

都道府県 :

専門医番号 :

各項目ともフォームに登録した
内容がメールに記載されていま
すのでご確認ください。

お支払いをお願いします。

お支払い後は決済サービスに利用しているstripeからレシートメールが届きますのでご確認ください。

https://buy.stripe.com/3cs02j3d8b171S8288?prefilled_email=tda@triple-i.co.jp

--
このメール自動送信です。

こちらのリンクをクリックして
決済サイトへ移動してください。

④決済サイトで情報を入力して手続き

決済サイト (stripe) 手続き画面

Triple-i Co., Ltd.

第36回埼玉県眼科手術談話会参加費

¥1,000

Google Pay

またはカードで支払う

メールアドレス
tda@triple-i.co.jp

カード情報
1234 1234 1234 1234
MM (月) / YY (年) セキュリティコード

カード保有者の名前
氏名

国または地域
日本

支払う

Powered by stripe | 利用規約 プライバシー

- ・メールアドレス 登録時のものと同じものを入力してください
- ・カード情報
- ・カード保有者の名前

入力後、右下にある青い「支払う」ボタンをクリック

7月5日にZoomウェビナーへの招待メールをお送りさせていただきます。7月6日になってもメールが確認できない場合にはメールアドレス：web20240707@medical-meeting.jpまでご連絡ください。

PCの場合は迷惑メールに振り分けられる場合があります。スマホなどキャリアメールの場合はPCからのメール受信設定で届かない場合がありますので設定をご確認ください

登録者名 様、こんにちは。

第36回 埼玉県眼科手術談話会 にご登録いただき、ありがとうございます。このウェビナーについての情報は以下で確認できます。

第36回 埼玉県眼科手術談話会

日時 2024年7月7日 02:00 PM 大阪、札幌、東京
ウェビナー ID 814 632

追加先:



ご質問はこちらにご連絡ください: web20240707@medical-meeting.jp

ありがとうございます！

このウェビナーの参加方法

- コンピュータ、Mac、iPad、または Android デバイスから参加できます

[ウェビナーに参加](#)

上記のボタンが機能しない場合は、このリンクをブラウザに貼り付けてください。

<https://us02web.zoom.us/j/81463234624?>

[tk=QQeP9CMjk_V13GW23s56n0a26ThmB2Pww19EVG8xMfQ.DQYAAAAAS95ZQQBpm](https://us02web.zoom.us/j/81463234624?tk=QQeP9CMjk_V13GW23s56n0a26ThmB2Pww19EVG8xMfQ.DQYAAAAAS95ZQQBpm)

このウェビナーの安全性を維持する必要があるため、このリンクは公に共有しないでください。

Zoomから届いたメールの、[ウェビナーに参加](#) をクリックして参加（赤枠）のリンクを開催時間になりましたらクリックしてください。ウェビナーに参加することができます。

視聴方法

PC、タブレット、スマートフォンなどの端末を使って視聴することができます。PCの場合はブラウザを使って参加する方法、クライアントアプリ（推奨）を使って参加する方法があります。タブレット、スマートフォンはアプリのダウンロードが必要です。

Zoomアプリの動作確認

Zoomの視聴環境のテストがサイトから可能です。
このサイトにてカメラ、ビデオなどの設定を確認することができます。
始めて参加される方は一度このサイトにてZoomアプリの動作をご確認ください。

<https://zoom.us/test>



ご不明点は弊社担当者MR、または下記にお問い合わせください

千寿製薬株式会社 埼玉北関東甲信越支店 埼玉グループ
担当：後藤 堅太郎 (080-2483-8527) 中村朱里 (080-8937-0666)
Mail : s.shujutu@senju.co.jp

埼玉県県民健康センターへのアクセス

〒 330-0062

さいたま市浦和区仲町3丁目5番地1号



電車でのアクセス 浦和駅から徒歩 15 分。中浦和駅から徒歩 20 分

※公共交通機関をご利用ください。

共催:埼玉県眼科医会 千寿製薬株式会社