特定行為研修　自施設情報

**特定行為区分内容について、該当するものに☑すること。　　※施設長・所属長相当が記入すること**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **必須・選択する区分に☑をしてください。** | **特定行為区分内容** | **自　施　設　情　報** | | | | | |
| **２ヶ月間で自施設に対象となる事例が５例以上ある** | | **＊①～③のいずれかに該当すること** | | | |
| **①自施設に特定行為区分の臨地実習が行える医師の指導者がいる。** | | **②自施設に特定行為区分の臨地実習が行える看護職の指導者がいる。** | **③自施設に特定行為研修修了者がいる。** |
| ☑ | 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | □ | □ | | □ | | □ |
| □ | 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 | □ | □ | | □ | | □ |
| □ | 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 | □ | □ | | □ | | □ |
| □ | 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 | □ | □ | | □ | | □ |
| □ | 循環動態に係る薬剤投与関連 | □ | □ | | □ | | □ |
| □ | 動脈血液ガス分析関連 | □ | □ | | □ | | □ |
| □ | 創傷管理関連 | □ | □ | | □ | | □ |
| □ | 創部ドレーン管理関連 | □ | □ | | □ | | □ |
| □ | ろう孔管理関連 | □ | □ | | □ | | □ |

＊臨地実習は,①～③のうち、いずれかの指導者がいること。指導者とは、医師の指導者は、臨床研修指導医と同等以上の経験を有すること。看護師の指導者は、特定行為研修を修了した看護師やこれに準ずる者として専門看護師、認定看護師及び大学等での教授経験を有する看護師などである。

・自施設情報のチェック項目が揃わない場合は、看護師特定行為研修センター（☎077-548-3573）までご相談ください。

**自施設情報に関する問い合わせ先（志願者以外）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部署 |  | 職種 |  | 職位 |  | | 氏名 |  |
| 電話 |  | | | メールアドレス | |  | | |