|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※記載しないでください |

自 施 設 情 報

**氏名：**

特定行為研修自施設について（※感染管理分野の状況を記入してください）

**自施設の正式名称**

自施設での実習が　□　可能　　□　不可能　（あてはまる方に☑を入れてください）

☑可能とした場合、以下の欄に記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区分別科目名 | 特定行為名 | 症例数/月 | 該当するものに☑する |
| ①自施設に特定行為区分の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実習が行うことができ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 |
| 感染管理 | 栄養および水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |  | □ | □ | □ |
| 脱水症状に対する輸液による補正 |  | □ | □ | □ |
| 感染に係る薬剤投与関連 | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与 |  | □ | □ | □ |

※特定行為研修の症例数については，自らが受講する各行為ごとに記載すること（症例数は必須）。

※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，認定看護師および大学等での教授経験を有する看護師などである。

☑不可能とした場合、以下に理由を記入してください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |