

実習施設情報

令和 年 月 日

フリガナ
志願者氏名

1. 実習を行う予定の施設リスト

		施設名称
所属施設	①	
①以外の実習可能な関連施設	②	
	③	

2. 受講を希望するパッケージまたはコースに含まれる特定行為区分に関する施設情報

区分別科目・特定行為名 受講を志願する特定行為名の□に✓を記入	実習を行う施設の番号 (上記リストから番号を記入)	3か月間で対象となる症例が5例以上ある場合○を記入	指導医*がいる場合○を記入
呼吸器（気道確保に係るもの）関連			
<input type="checkbox"/> 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整			
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連			
<input type="checkbox"/> 侵襲的陽圧換気の設定の変更			
<input type="checkbox"/> 非侵襲的陽圧換気の設定の変更			
<input type="checkbox"/> 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整			
<input type="checkbox"/> 人工呼吸療法からの離脱			
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連			
<input type="checkbox"/> 気管カニューレの交換			

区分別科目・特定行為名 受講する特定行為名に✓を記入	実習を行う 施設の番号 (上記リスト から番号を 記入)	3か月間で 対象となる 症例が5例 以上ある場 合○を記入	指導医*がい る場合○を 記入
胸腔ドレーン管理関連			
<input type="checkbox"/> 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更			
<input type="checkbox"/> 胸腔ドレーンの抜去			
腹腔ドレーン管理関連			
<input type="checkbox"/> 腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む）			
ろう孔管理関連			
<input type="checkbox"/> 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換			
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連			
<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルの抜去			
栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連			
<input type="checkbox"/> 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入			
創傷管理関連			
<input type="checkbox"/> 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去			
創部ドレーン管理関連			
<input type="checkbox"/> 創部ドレーンの抜去			
動脈血液ガス分析関連			
<input type="checkbox"/> 直接動脈穿刺法による採血			
<input type="checkbox"/> 橈骨動脈ラインの確保			
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連			
<input type="checkbox"/> 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整			
<input type="checkbox"/> 脱水症状に対する輸液による補正			
術後疼痛管理関連			
<input type="checkbox"/> 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整			
循環動態に係る薬剤投与関連			
<input type="checkbox"/> 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整			
<input type="checkbox"/> 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整			

※指導医：臨床経験7年以上の専門医 または「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師

3. 実習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： _____

<事務担当者>

部署： _____

職種： _____

職位： _____

氏名： _____

電話： _____

メールアドレス： _____