（様式3）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号：

**実務研修報告書**

1. **実務研修施設歴**（※申請書作成までの受験者の職歴を記載する）

**1－1）全実務研修期間及び実務研修施設名（所属施設名、部署名、職位名）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 期　間（月数） | | 所属施設名 | 部署名 | 職位名 |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 合　　　　計 | | ヶ月（　　年　　ヶ月） | ＊2020年10月末日現在 | |

**1－2）クリティカルケア分野実務研修期間及び実務研修施設名（所属施設名、部署名、職位名）**

部署名は、救急外来・救急病棟・ICU・HCU・CCUなどクリティカルケア部門である事がわかる表記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 期　間（月数） | | 所属施設名 | 部署名 | 職位名 |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| 年 月から  年 月まで | ヶ月 |  |  |  |
| クリティカルケア分野歴合計 | | ヶ月（　　年　　ヶ月） | ＊2020年10月末日現在 | |

（様式3）

**２．専門分野における実務研修施設の概要**

＊施設が複数の場合、施設ごとに実績を記載する（様式をコピーして、記載する）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 施設名称 |  |
| 2 | クリティカルケア分野に関する  患者の年間症例数 | ・救急外来患者：　　　名/年　　　・救急入院患者：　　　　　名/年  ・ICU入院患者：　　　名/年　 　　・CCU入院患者：　　　　　名/年 |
| 3 | クリティカルケア領域における  治療部門の有無 | ・救急外来：　有　　無　　　　 ・救急病棟：　有　　無  ・ICU　：　有　　無　　　　　　・CCU　：　有　　無  ・その他　： |
| 4 | クリティカルケア領域における  診療報酬の有無 | ・特定集中治療室管理料：（　　　）　　　有　　無  ・救命救急入院料：（　　　）　　　　　　有　　無  ・ハイケアユニット入院医療管理料：　　有　　無  ・院内トリアージ実施料：　有　　無  ・その他： |
| 5 | クリティカルケア分野に関連する認定看護師・専門看護師数   * 上記該当者がいない場合のみ、申請者自身がクリティカルケア分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する。 | ・救急看護認定看護師　　　　　　：有（　　　名）　無  ・集中ケア認定看護師　　　　　　：有（　　　名）　無  ・急性・重症患者看護専門看護師　：有（　　　名）　無  ・上記がいない場合  実務研修指導者： |
| 6 | 自施設における  特定行為研修修了者（区分） | ・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連　　：有　　無  ・呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連　：有　　無  ・循環動態に係る薬剤投与関連　　　　　　：有　　無 |

**３．学会および研修会等の実績**（クリティカルケア認定分野における実績）

|  |  |
| --- | --- |
| １）所属職能団体及び学会に○をつける。その他の（　）内は記入する　（＊現在加入している団体のみ） | |
| （　　　）日本看護協会　　（　　　）日本クリティカルケア看護学会　（　　）日本救急看護学会  （　　　）日本集中治療医学会　　　（　　　）日本救急医学会　　　（　　　）日本臨床救急医学会  （　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ２）学会参加状況 | |
| 学会名：  学会名： | 学会名：  学会名： |
| ３）研究発表などの実績（学術誌投稿など含む） | |
|  | |