（様式4）

協会記入欄↓

|  |
| --- |
| 受験番号： |

**２．認定看護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）

　　　＊下記6.7に関しては、現在の所属施設について記載する

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | クリティカルケア分野の  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 | クリティカルケア分野における  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  ・呼吸ケアチーム加算：　 　　　　　　　有　　無  ・院内トリアージ実施料：　　　　　　 　有　　無  ・夜間休日救急搬送医学管理料：　　　 　有　　無  ・早期離床、リハビリテーション加算： 　有　　無  ・重症患者対応体制強化加算：　　 　　　有　　無  ・重症患者搬送加算：　　　　　　　　　 有　　無  ・持続的難治性下痢便ドレナージ加算：　 有　　無 |
| 5 | クリティカルケア分野の認定看護師・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。 | ・クリティカルケア認定看護師：　　　　 有（　　　名）　無  ・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  ・小児救急看護認定看護師：　　　 　有（　　　名）　無  ・いずれも無の場合  実務研修指導者： |
| 6 | 未経験領域(ICU・救急初療・トリアージ)のある方は、合格後、事前に自施設での研修実施の可不可 | ・自施設での事前研修：　 可能　　　　不可能 |
| 7 | 下記の特定行為臨地実習が自施設で  実施の可不可  ・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  ・循環動態に係る薬剤投与関連 | ・自施設実習： 　可能　　　　　不可能 |