様式6

**実習施設情報**

申請者氏名（自署）：

地方独立行政法人東京都立病院機構　東京都立墨東病院看護師特定行為研修では、臨地実習を　自施設で実施することを推奨しております。つきましては、実習に係る以下の質問に回答をお願いします。

1．自施設実習は可能ですか。該当箇所に〇をつけてください。

可能　　 →　質問3へ

一部可能　　→　質問2・3へ

不可能　　 →　ここで終了です

2．「一部可能」と回答された方は、受講希望区分のうち実習が可能な区分をお知らせください。

|  |  |
| --- | --- |
| 特定行為区分 | 可能な区分に○ |
| 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |  |
| 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |  |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |  |
| 循環器関連 |  |
| ろう孔管理関連 |  |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 創傷管理関連 |  |
| 動脈血液ガス分析関連 |  |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |  |
| 感染に係る薬剤投与関連 |  |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |  |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 |  |

3．「可能」または「一部可能」と回答された方は、以下についてお答えください。

①受講希望区分における指導医の有無 有　　　 ・　　　 無

②特定行為研修指導者講習会修了者の有無　　　　有　　（職種：　　　　　　　　　　　　）　・　　無

　　　③実習期間中に必要な症例数を経験することが可能か（約3ヶ月間で各行為5症例以上が必要）

可能　　　・　　　不可能

西暦　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名： |  | |
| 職　位： |  | |
| 氏　名： |  | 印 |