

(2022 : 様式9)

< 表の記載について >

○赤字部分は必ずご記入ください。

○黒字部分は、未記入でも差し支えございません。

現時点での貴施設の状況の確認のための書類です、無の場合は無でご記入ください。

特定行為研修の実習協力施設の確認

特定行為研修(栄養および水分に係る薬剤投与関連及び感染に係る薬剤投与関連)の実習については、教科目の時間数以外に実際の患者に対する実技を15症例以上経験する必要があります。今後、特定看護師として、特定行為実践が円滑に進められるために所属施設での実習をお願いしています。その為、獨協医科大学の実習協力施設としてご協力をお願い致します。実習協力施設として、特定行為実践の実習が可能であるか、以下の内容について確認をお願い致します。

所属施設名		床数()床	
<区分>栄養および水分に係る薬剤投与関連			
指導者(医師) ①臨床経験7年以上および指導医講習会の受講経験があること ②臨床研修指導医と同等以上の経験を有する者、具体的には、7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する者		①有()人 無 ②有()人 無	
前年度年間症例数	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整(概数)	例	
	脱水症状に対する輸液による補正(概数)	例	
<区分>感染に係る薬剤投与関連			
指導者(医師) ①臨床経験7年以上および指導医講習会の受講経験があること ②臨床研修指導医と同等以上の経験を有する者、具体的には、7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する者		①有()人 無 ②有()人 無	
前年度年間症例数	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時投与(概数)	例	
共通して必要な事項			
演習・シミュレーションが可能な部屋		有 ・ 無 (m2)	
安全管理に関する組織の主な構成員	医師あるいは歯科医師(必須) 1名	有 ・ 無	
	看護師・薬剤師・その他いずれか1名	有 ・ 無	
実習に係る緊急時の対応に係る手順を記載した文書		有 ・ 無	
実習に係る患者の相談に応じる責任者 職種()		有 ・ 無	
その他			
特定行為修了者		有 ・ 無 区分:	

