# 様式6〔認定看護師教育課程用〕

**特定行為研修に関する施設情報**

自施設での実習について、該当するものに☑すること。

**※施設長・所属長相当が記入すること**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分別科目 | 特定行為 | ２か月で自施設に  対象となる症例が  ５例以上ある | 自施設に特定行為区分の臨地実習を行う同意を得ている医師の指導者がいる。＊ |
| 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 | 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（人工呼吸器療法に係るもの）関連 | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 |  |  |
| 人工呼吸器からの離脱 |
| 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 |  |  |
| 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 | 脱水症状に対する輸液による補正 |  |  |
| 術後疼痛管理関連 | 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 | 持続点滴中の糖質輸液  又は電解質輸液の投与量の調整 |  |  |

＊指導者は、臨床研修指導医と同等以上の経験を有する必要があります。

「同等以上の経験」とは、「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

（研修医への指導経験）を有する医師」が想定されています。

**施設情報に関する問合せ先（研修生以外）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | |
| 氏名 |  | 部署名 |  |
| 職種 |  | 職位 |  |
| TEL |  | E-mail |  |