

第4回 日本慢性期医療協会 看護師特定行為研修 受講申込書

日本慢性期医療協会の

施設名 _____ どちらかに○ ⇒ 会員 ・ 会員以外

住 所 _____ (〒 _____)

TEL. _____ FAX. _____

申込担当者氏名 _____ 申込担当者役職 _____

申込担当者メールアドレス _____ @ _____

受講志望者氏名	性別	役職	看護実務経験
(フリガナ)	男・女		年

*** 実施を予定している臨床実習(患者に対する実技) ※全8区分15行為すべて必修です。**

どちらかに○

特定行為区分	特定行為名	自施設	他施設
1. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの) 関連	①侵襲的陽圧換気の設定の変更		
	②非侵襲的陽圧換気の設定の変更		
	③人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整		
	④人工呼吸器からの離脱(「抜管」は含まない。)		
2. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの) 関連	⑤気管カニューレの交換		
3. 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	⑥中心静脈カテーテルの抜去		
4. 創傷管理関連	⑦褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去		
	⑧創傷に対する陰圧閉鎖療法		
5. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	⑨持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整		
	⑩脱水症状に対する輸液による補正		
6. 感染に係る薬剤投与関連	⑪感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与		
7. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	⑫インスリンの投与量の調整		
8. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	⑬抗けいれん剤の臨時の投与		
	⑭抗精神病薬の臨時の投与		
	⑮抗不安薬の臨時の投与		

自施設：受講生の所属する施設および同一・関連法人の施設で実施

他施設：当協会が紹介する施設で実施