



FAX 送信方向 FAX. 03-3355-3122 (日本慢性期医療協会)

## 特定行為研修修了者フォローアップ研修 参加申込用紙

(参加人数に応じ、本紙をコピーしてお申し込みください。)

〔申込締切〕平成30年10月12日(金)

※10月中旬頃、連絡担当者様あてに参加票と参加費請求書をお送りいたします。

※宿泊・交通の手配等は、各自でお願いいたします。

※満席の場合は、本参加申込用紙を受信後、平日3日以内にご連絡いたします。

〔参加対象〕特定行為研修修了者

※下記の1～7の行為区分をすべて修了していることを条件とし、10月27日および10月28日の全日程の受講を必須とする。(部分参加不可)

- 1.呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連、2.呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連、
- 3.創傷管理関連、4.栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連、5.感染に係る薬剤投与関連、
- 6.血糖コントロールに係る薬剤投与関連、7.精神及び神経症状に係る薬剤投与関連

下記に必要事項をご記入の上、該当する口にチェック✓をお願いいたします。

施設名

住 所

(〒 - )

TEL.

FAX.

連絡担当者

部署

E-mail

@

ふりがな 参加者氏名	( <input type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 女性)
参加者の部署・役職	
修了した指定研修機関の名称	
修了年および認定番号	修了年：平成_____年 認定番号：_____
<p>〈平成30年9月1か月間の特定行為実施患者数〉</p> <p>①侵襲的陽圧換気の設定の変更( )人/月、②非侵襲的陽圧換気の設定の変更( )人/月</p> <p>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( )人/月、</p> <p>④人工呼吸器からの離脱( )人/月、⑤気管カニューレの交換( )人/月、</p> <p>⑥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( )人/月、</p> <p>⑦創傷に対する陰圧閉鎖療法( )人/月、⑧持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整( )人/月、</p> <p>⑨脱水症状に対する輸液による補正( )人/月、⑩感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与( )人/月、</p> <p>⑪インスリンの投与量の調整( )人/月、⑫抗けいれん剤の臨時的投与( )人/月、</p> <p>⑬抗精神病薬の臨時的投与( )人/月、⑭抗不安薬の臨時的投与( )人/月</p>	