



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

## 第3回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〕 令和5(2023)年10月20日(金)

※10月下旬頃、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。

※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1～7の行為区分の特定行為研修をすべて修了していることを条件とし、終日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

※過去に、当協会のフォローアップ研修に参加された方もご参加いただけます。

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	
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:(西暦) _____年 認定番号: _____
<p>〈2023年8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中心静脈カテーテルの抜去( )人/月、⑦末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入( )人/月、</p> <p>⑧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>⑨創傷に対する陰圧閉鎖療法( )人/月、⑩持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整( )人/月、</p> <p>⑪脱水症状に対する輸液による補正( )人/月、⑫感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与( )人/月、</p> <p>⑬インスリンの投与量の調整( )人/月、⑭抗けいれん剤の臨時的投与( )人/月、</p> <p>⑮抗精神病薬の臨時的投与( )人/月、⑯抗不安薬の臨時的投与( )人/月</p>	