

第15期 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	看護師実務経験
(フリガナ)	男・女		年

*** 臨床実習(患者に対する実技)の実施場所(予定) ※全9区分16行為すべて必修です。**

特定行為区分	特定行為名	どちらかに○	
		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. 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理) 関連	⑦末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入		
5. 創傷管理関連	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		
	⑨創傷に対する陰圧閉鎖療法		
6. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	⑩持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整		
	⑪脱水症状に対する輸液による補正		
7. 感染に係る薬剤投与関連	⑫感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与		
8. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	⑬インスリンの投与量の調整		
9. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	⑭抗けいれん剤の臨時的投与		
	⑮抗精神病薬の臨時的投与		
	⑯抗不安薬の臨時的投与		

*「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 「他施設」:「自施設」以外の施設

* 臨床実習(患者に対する実技)は、自施設実習を原則とします。