【様式３－１】　　　 　　　　　　　　　　　受験番号（　　　　　　　　　　）

実務研修報告書

氏　名：

1. 実務研修施設および内容について（2022年12月末日現在として記載する）
2. 全実務研修期間および実務研修施設名（※実務研修とは、看護実践経験のことをいう）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 　月 | 注1）  期　間 | 所属施設名 | 部　署 | 職　位 | 備考 |
| 年 月  ～ 　　　年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月  ～　　　年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 　月  ～ 　　　年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 　月  ～ 　　　年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月  ～ 　　　年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 全実務研修期間 | か月間 |  |

1. 認定看護分野「感染管理」での実務研修期間

※実務研修内容については、感染管理における分野歴がわかるように記載する（感染対策室を含む）

例：専任感染管理担当者、リンクナース、ICTメンバー、ASTメンバー、ICCメンバー、感染対策係など

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　 月 | 注1）  期　間 | 所属施設名 | 部　署 | 実務研修内容 |
| 年　　月  ～　　　年 　月 | か月間 |  |  |  |
| 年　　月  ～　　　年 　月 | か月間 |  |  |  |
| 年　　月  ～　　　年 　月 | か月間 |  |  |  |
| 年　　月  ～　　　年 　月 | か月間 |  |  |  |
| 認定看護分野歴合計 | | か月間（　　年　　か月　）※2022年12月現在 | | |

注1）産休・育休などの休職期間を除いた期間を記載してください

【様式３－２】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号（　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

1. 認定看護分野「感染管理」に関連する実務研修施設の概要

※最低36ヶ月以上の認定看護分野の実務研修期間における所属施設の概要について、施設ごとに記載する。

施設名（ ）

|  |  |
| --- | --- |
| 1）実施しているサーベイランスの有無  　　（○で囲む）  ※その他有の場合は記載する | 「血管内留置カテーテル由来血流感染」　有 ・ 無  「膀胱留置カテーテル関連尿路感染」 有 ・ 無  「人工呼吸器関連肺炎」 有 ・ 無  「手術部易感染」 有 ・ 無  その他「　　　　　　　　　　　　　　」  　　　「　　　　　　　　　　　　　　」 |
| 2）感染管理相談の年間事例数 | 年間　　　　　　　件 |
| 3）施設の当該分野における診療加算の有無  　　（○で囲む）  ※上記無の場合のみ、ICT配置の有無及びICTミーティングやラウンドの年間回数を記載する | 「外来感染対策向上加算」　　　　　　　 有　・　無  「感染対策向上加算1」　　　　　　　　 有　・　無  「感染対策向上加算2」　　　　　　　　 有　・　無  「感染対策向上加算3」　　　　　　　　 有　・　無  「指導強化加算」　　　　　　　　　　　 有　・　無  「連携強化加算」　　　　　　　　　　　 有　・　無  「サーベイランス強化加算」　　　　　　 有　・ 無  ※上記無の場合  ICT配置　　　　　　　　　　　　　　　 有　・ 無  ICTミーティング　　年間回数（　　）回  ラウンド　　　　年間回数（　　）回 |
| 4）認定分野に関連する認定看護師・専門看護師の  分野名称と人数  ※該当者がない場合は、受験申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人について記載する。 | 感染管理認定看護師　　　　 （ ）名  感染症看護専門看護師　　　 （ ）名  ※上記該当がない場合  職位（　　　　　　　　　）  感染管理に係る経験年数（　　　）年 |
| 5）マニュアル作成  （掲示物や手順書の作成を含む）  ※活動実績がない場合、記載は必要ない | 具体的な作成物とその内容： |
| 6）感染管理に関する研修会等の企画や開催  （病棟・部署内の学習会を含む） | 対象：  内容： |

施設名（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 1）実施しているサーベイランスの有無  　　（○で囲む）  ※その他有の場合は記載する | 「血管内留置カテーテル由来血流感染」　有 ・ 無  「膀胱留置カテーテル関連尿路感染」 有 ・ 無  「人工呼吸器関連肺炎」 　　　　　 有 ・ 無  「手術部易感染」 　　　　　 有 ・ 無  その他「　　　　　　　　　　　　　　」  　　　「　　　　　　　　　　　　　　」 |
| 2）感染管理相談の年間事例数 | 年間　　　　　　　件 |
| 3）施設の当該分野における診療加算の有無  　　（○で囲む）  ※上記無の場合のみ、ICT配置の有無及びICTミーティングやラウンドの年間回数を記載する | 「外来感染対策向上加算」　　　　　　 有　・　無  「感染対策向上加算1」　　　　　　　　 有　・　無  「感染対策向上加算2」　　　　　　　　 有　・　無  「感染対策向上加算3」　　　　　　　　 有　・　無  「指導強化加算」　　　　　　　　　　　 有　・　無  「連携強化加算」　　　　　　　　　　　 有　・　無  「サーベイランス強化加算」　　　　　　 有　・ 無  ※上記無の場合  ICT配置 有　・　無  ICTミーティング　　年間回数（　　）回  ラウンド　　　　年間回数（　　）回 |
| 4）認定分野に関連する認定看護師・専門看護  師の分野名称と人数  ※該当者がない場合は、受験申請者自身が当該分野の実務研修において主に指導を受けた人について記載する。 | 感染管理認定看護師　　　　 （ ）名  感染症看護専門看護師　　　 （ ）名  ※上記該当がない場合  職位（　　　　）  感染管理経験年数（　　　）年・年以上 |
| 5）マニュアル作成  （掲示物や手順書の作成を含む）  ※活動実績がない場合、記載は必要ない | 具体的な作成物とその内容： |
| 6）感染管理に関する研修会等の企画や開催  （病棟・部署内の学習会を含む） | 対象：  内容： |