別紙様式４

※受験番号：

所属施設実習チェックシート

（自身の所属する施設が、希望する区分別科目の実習が実施可能かどうか、確認の上ご記入ください）

受験者の所属施設	受験者氏名

※ いずれかにチェック☑してください。

共通科目	□　受講する	□　受講済み

※ 受講を希望する区分別科目にチェック☑をし、区分毎に該当する回答をチェック☑してください。

領域別パッケージ				希望する区分にチェック☑して下さい	特定行為区分	貴方の施設で、実習期間中に経験できる症例が、５症例以上ありますか			貴方の施設に、実習を指導する医師（指導医）又は特定看護師はいますか
□	□	□	□						
在宅・慢性期	周術期麻酔管理	救急	集中治療			はい	一部なら可能	いいえ	
	●	●	●	□	1.　呼吸器（気道確保に係るもの）関連	□	□	□	□いる　□いない
	●	●	●	□	2.　呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	□	□	□	□いる　□いない
●				□	3.　呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	□	□	□	□いる　□いない
			●	□	4.　循環器関連	□	□	□	□いる　□いない
				□	5.　心嚢ドレーン管理関連	□	□	□	□いる　□いない
				□	6.　胸腔ドレーン管理関連	□	□	□	□いる　□いない
				□	7.　腹腔ドレーン管理関連	□	□	□	□いる　□いない
●				□	8.　ろう孔管理関連	□	□	□	□いる　□いない
			●	□	9.　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	□	□	□	□いる　□いない
				□	10.　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	□	□	□	□いる　□いない
●				□	11.　創傷管理関連	□	□	□	□いる　□いない
				□	12.　創部ドレーン管理関連	□	□	□	□いる　□いない
	●	●	●	□	13.　動脈血液ガス分析関連	□	□	□	□いる　□いない
				□	14.　透析管理関連	□	□	□	□いる　□いない
●	●	●		□	15.　栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	□	□	□	□いる　□いない
				□	16.　感染に係る薬剤投与関連	□	□	□	□いる　□いない
				□	17.　血糖コントロールに係る薬剤投与関連	□	□	□	□いる　□いない
	●			□	18.　術後疼痛管理関連	□	□	□	□いる　□いない
	●		●	□	19.　循環動態に係る薬剤投与関連	□	□	□	□いる　□いない
		●		□	20.　精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	□	□	□	□いる　□いない
				□	21.　皮膚損傷に係る薬剤投与関連	□	□	□	□いる　□いない

※上記内容について、特記等がありましたらご記入ください。

千葉大学医学部附属病院