

※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

※ 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 (9月～翌2月)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	☐ 術中麻 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. 心臓ドレーン管理関連	☐	☐	☐	☐ 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。