

受験番号 _____ 氏名 _____

実務研修報告書

1 全実務研修期間および実務研修施設名（職歴）

期 間	所属施設名	職 位
(西暦) 年 月～ 年 月		
常勤		
非常勤 (週 時間程度)		
(西暦) 年 月～ 年 月		
常勤		
非常勤 (週 時間程度)		
(西暦) 年 月～ 年 月		
常勤		
非常勤 (週 時間程度)		
(西暦) 年 月～ 年 月		
常勤		
非常勤 (週 時間程度)		
(西暦) 年 月～ 年 月		
常勤		
非常勤 (週 時間程度)		
(西暦) 年 月～ 年 月		
常勤		
非常勤 (週 時間程度)		
合計 年 か月	※ 2018 年 3 月現在（予定）まで記入してください。	

※勤務形態は、「常勤」「非常勤」のどちらかに○をつけ、その年月数を記入してください。

2 認定看護分野歴

期 間	所属施設名	所属部署名	感染に関連した役割
(西暦) 年 月～ 年 月			
常勤			
非常勤 (週 時間程度)			
(西暦) 年 月～ 年 月			
常勤			
非常勤 (週 時間程度)			
(西暦) 年 月～ 年 月			
常勤			
非常勤 (週 時間程度)			
(西暦) 年 月～ 年 月			
常勤			
非常勤 (週 時間程度)			
合計 年 か月	※ 2018 年 3 月現在（予定）まで記入してください。		

※勤務形態は、「常勤」「非常勤」のどちらかに○をつけ、その年月数を記入してください。

2 ページ目も記入してください。

3 認定看護分野歴における実務研修施設の概要

施設名 ()

施設で実施している内容に関して、下記の有無について□欄に✓をしてください。

(1) 実施しているサーベイランス

血管内留置カテーテル関連血流感染	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
人工呼吸器関連感染	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
尿道留置カテーテル関連尿路感染	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
針刺し切創血液体液暴露	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
手術部位感染	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
薬剤耐性菌	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
その他	〔)	

(2) 「感染防止対策加算」の算定

感染防止対策加算	<input type="checkbox"/> 加算 1	<input type="checkbox"/> 加算 2	<input type="checkbox"/> 無
感染防止対策地域連携加算	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
あなたは	<input type="checkbox"/> 専従者である	<input type="checkbox"/> 専任者である	<input type="checkbox"/> 兼任者である

(3) 施設の当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する専門・認定看護師の人数とその分野名称

感染管理認定看護師の人数 _____ 名 感染症看護専門看護師の人数 _____ 名

* 上記該当者がいない場合のみ、受講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者の所属部署名・職名・氏名を記入してください。

[実務研修指導者] 所属部署名：
 職名：
 氏名：

4 実務研修の実績概要

最新知見や自施設のサーベイランスデータ等に基づいて、自身が中心となって実施したケアの改善実績を 1 つ記載してください。

改善したケア	改善の根拠や理由	改善方法 (具体的に)	改善した結果・評価