**実　習　施　設　情　報**

**令和　　　年　　月　　日**

**氏名(自署)　　　　　　　　　　　　　　印**

**1.実習を行う予定の施設リスト**

※②、③には実習受け入れの調整が済んでいる関連施設を記入して下さい。

※行が不足する場合には、用紙をダウンロードし行を追加、又はこの用紙をコピーして追加記載して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **施設名称** |
| 所属施設 | ① |  |
| ①以外の  施設 | ② |  |
| ③ |  |

**2.受講を希望する特定行為に関する施設情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分別科目名 | 受講する  科目に  ○を記入 | 実習を行う施設の番号(上記リストから番号を記入) | 3カ月間で  対象となる  症例が5症例  以上ある場合  ○を記入 | 指導医\*がいる場合○を記入 |
| 呼吸器（気道確保に係るもの）関連 |  |  |  |  |
| 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連 |  |  |  |  |
| 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連 |  |  |  |  |
| 循環器関連 |  |  |  |  |
| 胸腔ドレーン管理関連 |  |  |  |  |
| 腹腔ドレーン管理関連 |  |  |  |  |
| ろう孔管理関連 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |
| 創傷管理関連 |  |  |  |  |
| 創部ドレーン管理関連 |  |  |  |  |
| 動脈血液ガス分析関連 |  |  |  |  |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 |  |  |  |  |
| 感染に係る薬剤投与関連 |  |  |  |  |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 |  |  |  |  |
| 術後疼痛管理関連 |  |  |  |  |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 |  |  |  |  |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 |  |  |  |  |

※指導医：臨床経験７年以上かつ、「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講しているか、学会等が認定する指導医を有する医師・歯科医師