

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)		
合計	年 か月	※ 2022年3月末現在（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		※ 2022年3月末現在（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

施設が複数の場合(現在勤務している施設にて認定看護分野歴が3年に満たない場合)、施設ごとに実績を記載する(様式をコピーして記載する)。

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:	

3 ページ目も記入してください。

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。

取り組んだ期間	年	月	日～	年	月	日
取り組んだ場所						
改善事例の種類 (該当する番号に○、その他は具体的に記載)						
1. 血流感染予防・管理		2. 尿路感染予防・管理				
3. 肺炎予防・管理		4. 手術部位感染予防・管理				
5. 手指衛生		6. 洗浄・消毒・滅菌				
7. 環境整備		8. 職業感染予防				
9. その他 ()				
改善前の状況						
問題点						
改善の根拠 *最新の知見や自施設のサーベイランスデータ等に基づき記載						
改善のための計画						
結果						