**特定行為研修自施設情報**

**氏名**：

**1. 特定行為研修に係る実習について該当するものに〇をつけてください。**

自施設で実習をすることが可能である　　（　可能　・　不可能　）

※実習後にも継続して臨床実習指導医の指導やサポートを受けやすいという点から自施設実習を推奨しています。

**2. 1.で「可能」と回答された方のみ、自施設情報の記入をお願いいたします。**

**1)実習を行う予定の施設リスト**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分類番号 | 施設の分類 | 施設名称 |
| ① | 所属施設 |  |
| ② | 関連施設  ※自ら実習可能施設を見つけた場合は  この欄に記入します。 |  |
| ③ | 関連施設  ※②の施設以外に実習可能な関連施設が  ある場合はご記入をお願いします。 |  |

**2) 特定行為に関する施設情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分別科目名 | 特定行為名 | 実習を行う施設の番号  （上記分類番号から  選択、記入する） | １カ月で対象となる症例が5例以上ある場合、〇を記入 | 指導者※がいる  場合、〇を記入 |
| 栄養及び水分管理に  係る薬剤投与関連 | 持続的点滴の高カロリー  輸液の投与量調整 |  |  |  |
| 脱水症状に対する  輸液による補正 |  |  |  |

※指導者の要件については、募集要項3ページを参照