

氏名 \_\_\_\_\_

## 実習施設情報

### 1. 実習を行う予定の施設リスト

※研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の指導と安全に活動する施設基盤を重要と考えるため、自施設実習を推奨している。

		施設名称
自施設実習	①	
他施設実習	②	
	③	
	④	
	⑤	実習施設がない

### 2. 受講を希望する特定行為に関する施設情報

区分別科目またはパッケージ研修の名称	実習を行う施設 (※上記リストから番号を記入する)	2か月間で対象となる症例が5例以上ある場合、○を記入	指導者がいる場合、○を記入
領域別パッケージ研修 「外科系基本領域」	中心静脈カテーテルの抜去		
	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去		
	創部ドレーンの抜去		
	直接動脈穿刺法による採血		
	脱水症状に対する輸液による補正		
	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与		
	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整		

\*指導者とは：「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師、または臨床経験が7年以上で、医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する医師