|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※  （注）※欄には何も記入しないでください。 |

|  |
| --- |
| 氏名 |

**実務研修報告書**

**【様式５－１】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （西暦）　　　　期　　　　間 | | 所属施設名及び職位 |
| 年　　月　～　 　　 年　　月 | | 所属施設名　：  職位　： |
| 常勤 | 年　　か月 |
| 非常勤（週　　 時間） | 年　　か月 |
| 年　　月　～　　 　 年　　月 | | 所属施設名　：  職位　： |
| 常勤 | 年　　か月 |
| 非常勤（週　　 時間） | 年　　か月 |
| 年　　月　～　　　 年　　月 | | 所属施設名　：  職位　： |
| 常勤 | 年　　か月 |
| 非常勤（週　　 時間） | 年　　か月 |
| 年　　月　～　　　　 年　　月 | | 所属施設名　：  職位　： |
| 常勤 | 年　　か月 |
| 非常勤（週　　 時間） | 年　　か月 |
| 年　　月　～　　　　 年　　月 | | 所属施設名　：  職位　： |
| 常勤 | 年　　か月 |
| 非常勤（週　　 時間） | 年　　か月 |
| 年　　月　～　　　　 年　　月 | | 所属施設名　：  職位　： |
| 常勤 | 年　　か月 |
| 非常勤（週　　 時間） | 年　　か月 |
| 合計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　 　か月 | | |

**1　実務研修期間及び実務研修施設名　（令和7年９月３０日現在）**

**＊看護教員としての勤務実績は実務研修期間に含まれません。**

**２　認定看護分野歴（令和7年９月３０日現在）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （西暦）　　　　期　　　　間 | | 所属施設名、所属部署名、職位 |
| 年　　月～　　　　年　　月 | | 所属施設名　：  所属部署名　：  職位　： |
| 常勤 | 年　　か月 |
| 非常勤（週　 　　 時間） | 年　　か月 |
| 年　　月～　　　　年　　月 | | 所属施設名　：  所属部署名　：  職位　： |
| 常勤 | 年　　か月 |
| 非常勤（週　 　　 時間） | 年　　か月 |
| 年　　月～　　　　年　　月 | | 所属施設名　：  所属部署名　：  職位　： |
| 常勤 | 年　　か月 |
| 非常勤（週　　 　 時間） | 年　　か月 |
| 年　　月～　　　　年　　月 | | 所属施設名　：  所属部署名　：  職位　： |
| 常勤 | 年　　か月 |
| 非常勤（週　　 　 時間） | 年　　か月 |
| 皮膚・排泄ケア歴合計　　　　　　　　　　　　　年　 　か月 | | |

**＊所属部署については、皮膚・排泄ケア分野歴がわかるように記載する。**

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※  （注）※欄には何も記入しないでください。 |

|  |
| --- |
| 氏名 |

**実務研修報告書**

**【様式５－２】**

**３　皮膚・排泄ケア分野に関連する看護実務研修内容の概要**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 皮膚・排泄ケア分野における看護実務研修期間において、認定看護分野に関連する症例を担当した事例数（通算） | 創傷ケア | 通算 |  | 例 |
| ストーマケア | 通算 |  | 例 |
| 失禁ケア | 通算 |  | 例 |

＊受験者の実績を記載する。担当した事例とは、継続的・中心的に患者に係わった事例とする。

**４　皮膚・排泄ケア分野に関連する看護実務研修施設の概要**

皮膚・排泄ケア分野における実績：施設名（　***○○法人○○会○○○○病院***　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 4-1)皮膚・排泄ケア分野における診療報酬関連  ※有の項目の（　　）に〇をつける | （　　）1．褥瘡ハイリスク患者ケア加算  （　　）2. 在宅訪問看護・指導料  （　　）3. 同一建物居住者訪問看護・指導料  （　　）4. 排尿自立支援加算  （　　）5. 外来排尿自立指導料  （　　）6．人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算  （　　）7. 下肢末梢動脈疾患患者管理加算  （　　）8．糖尿病合併症管理料  （　　）9．在宅患者訪問褥瘡管理指導料  （　　）10．上記いずれも無 |
| 4-2)皮膚・排泄ケア分野に関する専門外来の有無及び年間外来受診者数  ※有の項目の（　　　）に〇をつけ  症例数を記載する | （　　）1．ストーマ外来：　年間（　　　　　）例  （　　）2．失禁外来：　年間（　　　　　）例  （　　）3．創傷外来：　年間（　　　　　）例  （　　）4．その他：（　　　　　　　）外来（年間　　　　例） |
| 4-3)皮膚・排泄ケア分野の認定看護師及び関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数  ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が皮膚・排泄ケア分野の実務研修において主に指導を受けた人を記載する | 1．皮膚・排泄ケア認定看護師： 有（　　　　名）・　無  2．糖尿病看護認定看護師： 　 有（　　　　名）・　無  3．特定行為研修 創傷管理関連 修了者：有（　 名）・　無  4. いずれも無の場合  　 実務研修指導者の役職：  例）実務研修指導者：教育担当師長、皮膚・排泄ケア分野における経験５年以上を有する主任等 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※  （注）※欄には何も記入しないでください。 |

|  |
| --- |
| 氏名 |

**実務研修報告書**

**【様式５－３】**

**５　学会及び研修会等の業績**

|  |
| --- |
| 学会及び研究会発表等の業績 |

**＊次は本学記入欄です**。

|  |
| --- |
| **【本学チェック欄】**   * 日本国の看護師免許を有する。 * 看護師免許取得後、通算５年以上の実務研修実績を有する。 * 上記の実務研修期間のうち通算３年以上、皮膚・排泄ケア領域における看護実績を有する。 * 皮膚・排泄ケア領域における看護を５例以上 担当した実績を有すること。ただし、創傷、ストーマ、排泄管理の事例を各１例以上含むこと。 * 現在、皮膚・排泄ケア領域における看護を行う臨床現場に勤務していることが望ましい。 |

**＊枠内に収まるよう記載してください。**