**実務研修報告書　感染管理分野**

**1．実務研修施設歴**（※**受験者の経歴**を記載する）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (西暦で記入)  **1-1)　全実務研修期間及び実務研修施設名　（所属施設名、所属部署名、職位）** | | |
| 年 月～ 年 月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| **合計** | | **か月間（　　　　年　　　か月）※2024年12月31日現在** |
| **1-2）うち認定看護分野歴（所属施設名、所属部署名、職位）**  ※所属部署名については、感染管理における分野歴がわかるように記載する（感染対策室を含む）  例：専任感染管理担当者、リンクナース、ICTメンバー、ASTメンバー、ICCメンバー、病棟における感染対策係、感染管理担当主任、感染管理担当看護師長など | | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| 年　月～　 年　月  （　　か月間） | 所属施設名：  所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位： | |
| **認定看護分野歴合計** | | **か月間（　　　　年　　　か月）※2024年12月31日現在** |

注）合計欄は、1-1)、1-2)**2か所とも**記載する

**2．実務研修の実績 概要**（※**受験者の経歴**を記載する）

|  |  |
| --- | --- |
| 上記1-2）認定看護分野歴に記載した期間において、医療関連感染サーベイランス・マニュアル作成・管理活動等について担当した具体的な内容 | |
| 医療関連感染サーベイランス  （実際に担当した項目があれば○を付ける。その他は具体的に記載する） | 手術部位感染（　　）、血管内留置カテーテル関連感染（　　）、  尿路カテーテル関連感染（　　）、人工呼吸器関連肺炎（　　）、  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 感染予防・管理活動  （ICTやリンクナースなどのチーム活動等を含む） | 具体的な活動内容： |
| 感染管理に関する研修会等の企画や開催 | 対象：  内容： |
| マニュアル作成  （掲示物や手順書の作成等を含む） | 具体的な作成物とその内容： |

**3．認定看護分野歴における実務研修施設　概要**

※最低3年間の認定看護分野歴における **施設の実績** について記載する

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）

感染管理分野における実績　：　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 3-1)施設で実施している医療関連感染サーベイランスの種類 | （例：○○サーベイランス、△△サーベイランス） |
| 3-2)感染管理の担当部署 | （例：感染対策室、看護部、ICTなど） |
| 3-3)感染対策における診療報酬の有無  ※無の場合のみ、ICT配置の有無及び  ICTミーティングやラウンドの年間回数を記載する | 1.感染対策向上加算：　有(　1　・　2　・　3　・  外来感染対策向上加算　)　・　無  （1.が無の場合）  感染対策チーム： 有　・　無  ミーティング：　　　　回/年  ラウンド：　　　　回/年 |
| 3-4)感染管理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  ※上記該当がいない場合のみ、受験申請者自身が感染管理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.感染管理認定看護師： 有（　　　名）　・　無  2.感染症看護専門看護師：　　有（　　　名）　・　無  3.いずれも無の場合  実務研修指導者：  例）教育担当師長、専任の感染管理担当者、感染管理分野における経験5年以上を有する主任など |

3-4)※については、認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが、ない場合には部署の師長か主任等で分野の経験の5年以上あるものから指導を受けたことを記載するか、あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記載する。

**4．学会及び研修会等の業績**

|  |
| --- |
| **認定看護分野歴における実績**  4-1）主な研修内容（専門分野における研修会等への参加）  4-2）看護研究業績 （学会及び研究会等への発表・学術誌投稿業績など） |