**2024年度**

**認定看護師教育課程**

**特定行為研修を組み込んでいる教育課程（B課程）**

**入学試験出願書類一式**

**【様式】**

（1）入学願書（**様式1**）

（2）履歴書（**様式2**）

（3）実務研修報告書（**様式3-ｸﾘ,皮,感,糖,認**）

（4）勤務証明書（**様式4**）

（5）事例実績証明・事例要約

クリティカルケア事例実績証明 （**様式5-ｸﾘ1**／クリティカルケア学科）

クリティカルケア事例要約（**様式5-ｸﾘ2**／クリティカルケア学科）

皮膚・排泄ケア事例実績証明（**様式5-皮1**／皮膚・排泄ケア学科）

皮膚・排泄ケア事例要約（**様式5-皮2**／皮膚・排泄ケア学科）

感染予防・管理の活動実績事例要約（**様式5-感**／感染管理学科）

糖尿病看護事例実績証明（**様式5-糖1**／糖尿病看護学科）

糖尿病看護事例要約（**様式5-糖2**／糖尿病看護学科）

認知症看護事例実績証明（**様式5-認1**／認知症看護学科）

認知症看護事例要約（**様式5-認2**／認知症看護学科）

（6）受験票（**様式6**）

（7） 振込通知書（**様式7**）

**【その他提出物】**

1. 看護師免許証の写し（A4判に縮小したもの）

（2） 特定行為研修修了証の写し（該当者のみ）

|  |
| --- |
| **様式2、様式3については「記入見本」を参照すること。**  **書類に不備がある場合は受理できないこともあるため注意すること。** |

**出願書類の記入にあたって**

* 過不足なく記入すること。記載不十分の場合は受理できないこともあるため、注意すること。
* 自署以外は、パソコンで入力すること。訂正する場合は、二重線及び訂正印を使用すること。
* 枠内のスペースにおさまるように記入すること。枠のサイズを変えたり様式の変更はしないこと。
* 年号はすべて西暦表記とすること。
* 全ての書類は戸籍上の氏名で記載すること。
* 様式3と様式5に関しては必ず受験する学科のものを使用すること（複数枚必要な時はコピーをとる）。
* 受験番号については、看護研修学校にて記載するので、記載不要。

| 出願書類 | | 様式 | 記入方法と注意事項 |
| --- | --- | --- | --- |
| 入学願書 | | 1 | ・受験する学科に○印をつける。氏名の記載は自署とする。  ・web受付番号は、出願専用Webシステムへの登録後に送信される電子メールに記載された「受付番号」を記載する。 |
| 履歴書 | | 2 | ・現住所右欄のTELは日中必ず連絡がつくものを記載する。  ・所属機関は正式名称を記載、現在、勤務していない場合は離職中と記入する。  ・病床数は病院全体の数を記載する。  ・設置主体は下記から選択し番号を記入する。  ①国（厚生労働省、その他）　②国公立大学法人　③独立行政法人国立病院機構　④独立行政法人労働者健康福祉機構　⑤都道府県・市町村（地方自治体）　⑥日本赤十字社　⑦済生会　⑧厚生連　⑨国民健康保険団体連合会　⑩社会保険関係団体　⑪公益法人　⑫医療法人　⑬学校法人　⑭その他の法人　⑮会社　⑯個人　⑰その他（　明記　）  ・学歴は高等学校卒業からとし、学校名は学科・課程を含め正式名称を記入する。進学課程を卒業している場合は、准看護学校も明記する。  ・学歴欄に職歴を書かないこと。  ※既に特定行為研修「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」を修了し、その履修免除を希望する者はホームページに掲載の申請書を、出願書類一式とともに郵送すること。 |
| 実務研修報告書 | クリティカルケア学科 | 3-ｸﾘ | ・受験する学科の書類を使用する。  ・各学科で記入項目が異なるため、当該学科の**記入見本**を参照の上記入する。  ・看護師の免許取得後（准看護師の期間は含めない）から2023年8月31日現在までの職歴を記載する。  ・看護実務研修注1）期間を記載し、連続で6か月以上の研修、進学、産休・育休及び病気療養等での休職、教育職、看護実績のない企業等の在職期間は含めない。  ・看護の実務研修期間及び認定看護分野の実務研修期間は、通算勤務月数で計算する注2)。計算間違いのないよう注意する。  注1)看護実務研修とは、看護実務経験を意味する。  注2)勤務形態が非常勤の場合、150時間の勤務時間を実務研修1か月分として換算し、勤務月数を割り出す。 |
| 皮膚・排泄ケア学科 | 3-皮 |
| 感染管理学科 | 3-感 |
| 糖尿病看護学科 | 3-糖 |
| 認知症看護学科 | 3-認 |
| 勤務証明書 | | 4 | ・病院長あるいは看護部長が発行したもの。  ・現在の職場で、看護実績を通算5年以上注3）満たし、及び各学科別専門分野の看護実績を通算3年以上注3）満たす場合はその職場の証明だけでよい。満たさない場合はその前の職場の証明も必要。  ・専門分野の看護実績を中心に、配置された部署の特徴と実績年数を具体的に記入する。  注3) 2023年8月31日現在の実績  【例】  ・クリティカルケア：救命救急センター（初療部門6か月間、手術室6か  月間、ICU2年間）3年間、その他一般病棟2年間（各部署での患者数、  人工呼吸器装着等の集中ケア特有の治療・処置を必要とする年間症例  数を記入）  ・皮膚・排泄ケア：消化器外科・整形外科混合病棟2年間、ストーマ造  設事例およそ5例、一般外科3年間（週1回ストーマ外来を行っている）  ・感染管理：ICU（スタッフ）2年間、呼吸器外科等の混合病棟（リンク  ナース）2年間、手術室（看護部感染対策委員）1年間  ・糖尿病看護：糖尿病内分泌内科病棟2年間、腎臓内科病棟（糖尿病患  者が○％を占める）1年間、内科外来（糖尿病外来で週2回療養指導外  来担当）2年間  ・認知症看護：神経内科病棟（認知症を有する患者が□％を占める）3  年間、介護老人保健施設看護部（認知症を有する患者が○％を占める）2年間 |
| 事例実績証明・要約 | クリティカルケア学科  ・クリティカルケア事例　実績証明 | 5-ｸﾘ1 | ・クリティカルケア部門において経験した疾病、外傷、手術などにより高度な侵襲を受けた患者のうち4事例について必要事項を記入する。例えば、集中治療室にて人工呼吸器や補助循環装置を用いたケアが必要となった事例や、救急初療における看護実践・院内トリアージの症例などが望ましい。ただし、1事例は必ず生命維持装置（人工呼吸器等）を装着した患者の看護を含むこと。  ・4事例の病態や看護問題は重複しないことが望ましい。 |
| ・クリティカルケア事例　要約 | 5-ｸﾘ2 | ・上記以外の疾病、外傷、手術などにより高度な侵襲を受けた患者の看護事例のうち1事例について実践した看護展開を要約する。  ・要約にあたってはアセスメントや根拠など思考過程を明らかにする。 |
| 皮膚・排泄ケア学科  ・皮膚･排泄ケア事例実績証明 | 5-皮1 | ・皮膚・排泄ケア領域で経験した創傷、ストーマ、排泄管理の問題を有する患者の看護の中から、4事例について必要事項を記入する。  ・4事例は創傷、ストーマ、排泄管理の事例を各1事例以上含むように記入する。 |
| ・皮膚・排泄ケア事例要約 | 5-皮2 | ・上記以外の創傷、ストーマ、排泄管理の問題を有する患者の看護事例、1事例について実践した看護展開を要約する。  ・要約にあたってはアセスメントから看護問題を導き、看護の実際がわかるように記入する。 |
| 感染管理学科  ・感染予防・管理の活動実績事例要約 | 5-感 | ・最新の知見や自施設のサーベイランスデータなどに基づき、感染予防管理等において、自身が実施したケアの改善実績を1事例要約する。 |
| 糖尿病看護学科  ・糖尿病看護事例実績証明 | 5-糖1 | ・インスリン療法を行っている糖尿病患者または糖尿病合併症を有する患者の看護の中から4事例について、必要事項を記入する。 |
| ・糖尿病看護事例要約 | 5-糖2 | ・上記以外の、インスリン療法を行っている糖尿病患者または糖尿病合併症を有する患者の看護事例、1事例について実践した看護展開を要約する。 |
| 事例実績証明・要約 | 認知症看護学科  ・認知症看護事例実績証明 | 5-認1 | ・認知症看護の4事例について必要事項を記入する。 |
| ・認知症看護事例要約 | 5-認2 | ・上記以外の認知症看護の1事例について要約する。  ・認知症の人及び家族の個別性を踏まえてアセスメントし、看護過程を展開する。 |
| 受験票 | | 6 | ・必要事項を記載し写真を貼付する。 |
| 振込通知書 | | 7 | ・web受付番号は、出願専用Webシステムへの登録後に送信される電子メールに記載された「受付番号」を記載する。  ・振込後、振込元の銀行名・支店名等を記載する。 |
| 免許証の写し  （看護師） | |  | ・A4判に縮小し、両面をコピーする。  ※裏面が空白の場合も必ずコピーしてください。 |
| 特定行為研修修了証の写し  ※該当者のみ | |  | ・既に特定行為研修を修了している者は修了証のコピー（A4判）を添付する。 |

**公益社団法人日本看護協会　看護研修学校**

**認定看護師教育課程**

**特定行為研修を組み込んでいる教育課程（B課程）**

**2024年度　入学試験**

**出願書類一式**

**＊次頁以降が出願書類です。**

入　学　願　書

公益社団法人日本看護協会

看護研修学校長 殿

私は、公益社団法人日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程

1．クリティカルケア

2．皮膚・排泄ケア

3．感染管理

4．糖尿病看護

5．認知症看護

学科へ入学いたしたく、ここに関係書類を添えて申請します。

西暦　　　年 　月 　日

web受付番号

西暦　　 年 　月 　日　　生

現住所　　〒

TEL

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

履　 歴　 書

写真 貼付

（40×30mm）

3か月以内に

撮影したもの

写真裏面に記名

様式6　受験票A、Bと同一の写真を使用すること

西暦　　　年　 　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | 男・女 | | |
| 氏　名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生（満　　歳） | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | TEL(　　　）　　－  携帯電話　　-　　-  日中連絡が取れる番号を記載下さい  E-mail | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | 施設概要  【病床数】　　　　床  【看護体制】　　対　1 | | | | | |
| 所属施設名 |  | | | | | | |
| 設置主体 | （　　　　　　）＊「出願書類の記入にあたって」の中から該当番号を記入 | | | | | | | | | | | | |
| 所属施設  住　　所 | 〒 | | | | | | | TEL  （　　　）　　－  所属部署もしくは内線番号  （　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 免許取得年月日 | | （保健師）西暦 年 　 月 　　 日  （助産師）西暦 年 　　月 　　 日  （看護師）西暦 年　 　月 　　 日 | | | | | | 号  　　　　　 　　号  　　　　　　　　号 | | | | | |
| 日本看護協会会員番号（8桁）※会員の場合のみ | | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 特定行為研修の  修了区分名  ※修了者のみ | | ※以下の区分を修了している場合は〇をつける | | | | | | | | | | | |
| （　　）栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | | | | | | | | | | | |
| 学　　歴（高等学校卒業時から記入） | | | | | | | | | | | | | |
| 西暦  年　　 月 | |  | | | | | | | | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | | | | | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | | | | | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | | | | | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | | | | | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | | | | | | | | |
| 年　　 月 | |  | | | | | | | | | | | |

**実務研修報告書　クリティカルケア学科**

**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）※2023年8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、クリティカルケア部門（救急、集中治療部門等）における分野歴がわかるよう記載する | | |
| 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）※2023年8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）

・**前頁1-2)認定看護分野歴で記載した期間、クリティカルケア部門において、**

疾病、外傷、手術などにより高度な侵襲を受けた患者の看護を担当した事例数（概算）

**通算　（**　　　　**）例**

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする

**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）

クリティカルケア分野における実績　：　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 3-1）クリティカルケア分野に関する患者の年間症例数 | 1.救急看護を受ける患者　　　　　　　　例/年  2.集中ケアを必要とする患者：　　　　　例/年  （救急看護及び集中ケアを受ける患者の年間の概算数を記入） |
| 3-2）クリティカルケアにおける診療報酬の有無 | 1.救命救急入院料：　　　　　有　・　無  2.特定集中治療室管理料：　　有　・　無  3.呼吸ケアチーム加算：　　　有　・　無  4.院内トリアージ実施料：　　有　・　無  5.夜間休日救急搬送医学管理料：　有　・　無  6.早期離床、リハビリテーション加算：  　　　　　　　　　　　　　　　　有　・　無  7.重症患者対応体制強化加算：有　・　無  8.重症患者搬送加算：　　　　有　・　無  9.持続的難治性下痢便ドレナージ加算：  　　　　　　　　　　　　　　有　・　無 |
| 3-3）クリティカルケア分野の認定看護師及び当該分野に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、受験申請者自身がクリティカル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.救急看護認定看護師：有（　　　名）・無  2.集中ケア認定看護師：有（　　　名）・無  3.クリティカルケア認定看護師：  有（　　　名）・無  4.小児救急看護認定看護師：有（　　　名）・無  5.急性・重症患者看護専門看護師：  有（　　　名）・無  6.いずれも無の場合  実務研修指導者：  例）実務研修指導者：教育担当師長、クリティカルケア分野における経験5年以上を有する主任等 |
| 3-3)※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。 | |

|  |
| --- |
| **認定看護分野歴における実績**  4-1）主な研修内容（専門領域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） |

**4．学会及び研修会等の実績**

**5．志望理由**

|  |
| --- |
|  |

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

【 **入試担当者チェック欄**　】

□　免許取得後、通算5年以上実務研修をしている。（必須要件）

□　通算3年以上、クリティカルケア部門（救急・集中治療部門等。ただし、手術室・NI

CUは除く）での看護実績を有している。（必須要件）

□　クリティカルケア部門において、疾病、外傷、手術などにより高度な侵襲を受けた患

者の看護を5例以上担当した実績を有している。（必須要件）

□　現在クリティカルケア部門で勤務している、またはクリティカルケア部門での勤務

が予定されている。（望ましい要件）

□　 救急蘇生（二次救命措置等）、院内トリアージに関する知識・技術を有している。（望ましい

要件）

**実務研修報告書　皮膚・排泄ケア学科**

**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）※2023年8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、皮膚・排泄ケア領域における分野歴がわかるよう記載する | | |
| 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）※2023年8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）

2-1）前頁1-2）に記載した認定分野歴に記載した期間における担当事例数(概算)

ストーマケアを担当した事例数：**通算（　　　　）例**

創傷ケアを担当した事例数：**通算（　　　　）例**

失禁ケアを担当した事例数：**通算（　　　　）例**

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする

　2-2）皮膚・排泄ケア領域における外来または在宅看護の経験：有　・　無

**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）

皮膚・排泄ケア分野における実績　：　施設名（　　　　　　　　　　　　 　　　　　 　）

|  |  |
| --- | --- |
| 3-1)皮膚・排泄ケア分野における診療報酬の有無  ※いずれも無の場合のみ、褥瘡ケアに係る専任の看護師の有無を記載する | 1．褥瘡ハイリスク患者ケア加算算定： 有　・　無  2. 排尿自立支援加算算定 :　有　・　無  3. 在宅患者訪問看護・褥瘡専門訪問看護指導料算定  　　:　有　・　無  4. 在宅患者訪問褥瘡管理指導料　:　有　・　無  5. がん患者指導管理料　:　有　・　無  6．人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算算定 : 有　・　無  7. 持続的難治性下痢便ドレナージ加算算定 :　有　・　無  8．糖尿病合併症管理料算定：　有 ・　無  9．当該分野に関する専門医または認定医：　有　・　無  10．いずれも無の場合  褥瘡ケアに係る専任の看護師：有　・　無 |
| 3-2)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 | 1．ストーマ外来：　有（年間　　　例）　・　無  2．失禁外来：　　　有（年間　　　例）　・　無  3．創傷外来：　　　有（年間　　　例）　・　無  4．その他：（　　　　　　　）外来（年間　　　　例）  5．当該分野に関する専門医または認定医：　有　・　無 |
| 3-3)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：  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 |

3-3)※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（専門領域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） |

**5．志望理由**

|  |
| --- |
|  |

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

|  |
| --- |
| 【**入試担当者チェック欄**】  □　免許取得後、通算5年以上の実務研修をしている。（必須要件）  □　通算3年以上、皮膚・排泄ケア領域における看護実績を有している。（必須要件）  □　皮膚・排泄ケア領域にける看護を5例以上担当した実績を有している。ただし、創傷、  ストーマ、排泄管理の事例を各1事例以上含んでいる。（必須要件）  □　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。（望ましい要件） |

**実務研修報告書　感染管理学科**

**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）※2023年8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）※2023年8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  （計画から実施・評価まで担当した項目に○、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（専門領域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） |

**5．志望理由**

|  |
| --- |
|  |

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

**【 入試担当者チェック欄　】**

□　免許取得後、通算5年以上実務研修をしている。（必須要件）

□　通算3年以上、感染管理に関わる活動実績を有している。（必須要件）

□　最新の知見や自施設のサーベイランスデータに基づいて、感染予防管理等において、実施したケアの改善実績を1事例以上有する。（必須要件）

□　医療施設において医療関連感染サーベイランスについて計画から実施・評価まで担当した実績を1事例以上有する。（望ましい要件）

□　現在、医療施設等において、専任または兼務として感染管理に携わっている。(望ましい要件）

**実務研修報告書　糖尿病看護学科**

**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）※2023年8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、糖尿病看護における分野歴がわかるように記載する | | | |
| 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）※2023年8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）

2-1）前頁1-2）に記載した認定分野歴に記載した期間において、インスリン療法を行なっている糖尿病患者または糖尿病合併症を有する患者の看護を担当した事例数(概算）：**通算（　　　　）例**

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする

　2-2）外来における糖尿病看護の経験：有　・　無

　2-3）糖尿病教室や公開講座などの患者教育の経験：有　･　無

**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）

糖尿病看護分野における実績　：　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 3-1)糖尿病看護分野における診療報酬算定の有無  ※「無」の場合のみ、糖尿病看護に係る専任の看護師の有無を記載する | 1．糖尿病合併症管理料：有　・　無  2. 糖尿病透析予防指導管理料：有　・　無  3．(1.2.が「無」の場合)  糖尿病看護に係る専任の看護師： 有　・　無  4．当該分野に関する専門医または認定医：有・無 |
| 3-2)糖尿病看護分野に関する専門外来の有無及び糖尿病患者の年間外来受診者数  ※年間外来受診者数は専門外来、非専門外来を問わない | 1．糖尿病看護分野に関する専門外来：　有　・　無  2．糖尿病患者の年間外来受診者数（　　　）例／年 |
| 3-3)糖尿病看護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 | 1．糖尿病看護認定看護師　　：有（　　 名）・　無  2．慢性疾患看護専門看護師　：有（　　 名）・　無  3．皮膚・排泄ケア認定看護師：有（　　名）・　無  4．特定行為研修 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 修了者　　　　　　 ：有（　 名）・　無 |

**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（専門領域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）  4-3) 日本糖尿病療養指導士の資格：　有　・　無 |

**5．志望理由**

|  |
| --- |
|  |

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

|  |
| --- |
| **【　入試担当者チェック欄　】**   * 免許取得後、通算5年以上実務研修をしている。（必須要件） * 通算3年以上、糖尿病患者の多い病棟、または外来・在宅ケア領域での看護実績を有する。（必須要件） * インスリン療法を行っている糖尿病患者または糖尿病合併症を有する患者の看護を、合わせて5例※以上担当した実績（外来または在宅ケア領域での療養支援を1例以上含む）を有する。（必須要件）※10例以上の経験があることが望ましい。 * 現在、糖尿病患者の多い病棟・外来・在宅ケア領域で勤務している。（望ましい要件） * 糖尿病及び糖尿病療養支援に関する知識を有し、糖尿病教室や公開講座などの患者教育を実施した実績がある。（望ましい要件） |

**実務研修報告書　認知症看護学科**

**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）※2023年8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、認知症看護における分野歴がわかるよう記載する | | | |
| 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）※2023年8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）

前頁1-2)認定看護分野歴で記載した期間において認知症の人の看護を担当した事例数（概算）

**通算(　　　　　　)例**

※担当した事例とは、継続的・中心的に患者に関わった事例とする

**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）

認知症看護分野における実績　：　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

|  |  |
| --- | --- |
| 3-1）認知症看護分野における認知症の年間症例数 | 1．認知症の症例：　　　　　　　　例／年 |
| 3-2）認知症看護分野における診療報酬の有無 | 1．認知症病棟入院料：　　　　　　有　・　無  2．精神科身体合併症管理加算：　　有　・　無  3．退院調整加算：　　　　　　　　有　・　無  4．退院時共同指導料2：　　　　　 有　・　無  5．精神科リエゾンチーム加算　　　有　・　無  6. 認知症ケア加算1：　 　　　　　有　・　無  7．認知症ケア加算2：　　　　　　 有　・　無  8. 認知症ケア加算3：　　　　　　 有　・　無  9．せん妄ハイリスク患者ケア加算　有　・　無 |
| 3-3）認知症看護分野に関する専門外来の有無 | 1．認知症専門外来　　　　　　　　有　・　無 |
| 3-4）認知症看護分野の認定看護師及び認知症看護分野に関連する専門看護師の分野と人数  ※上記該当者がない場合のみ、受験申請者自身が認知症看護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．認知症看護認定看護師： 有（　　 名）・無  2．老人看護専門看護師： 　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、認知症看護分野における経験5年以上を有する主任等 |
| 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研修の実績  4-1）主な研修内容（専門領域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）    4-3）その他（社会的活動：例　地域サポーター、キャラバン・メイト、家族会等） |

**5．志望理由**

|  |
| --- |
|  |

※　受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

|  |
| --- |
| **【　入試担当者チェック欄　】**   * 免許取得後、通算5年以上実務研修をしている。（必須要件） * 通算3年以上、認知症の人の多い医療・福祉施設（在宅ケア領域を含む）等での看護実績を有する。（必須要件） * 認知症の人の看護を5例以上担当した実績を有する。（必須要件） * 現在、認知症の人の多い医療・福祉施設（在宅ケア領域を含む）等で認知症の人の看護実践に携わっている。（望ましい要件） |

勤務証明書

記入日　　西暦　　　　年 　　月　 　日

申請者氏名：

○上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務している／したことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常勤勤務  期間 | 勤務期間 | | 休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
| （西暦） 　 年　 　月から | （西暦）  年　　月迄 | 年　　　か月 | 年　　　か月 |
| 非常勤勤務  期間 | 勤務期間 | | 休職期間 | 通算非常勤勤務期間 |
| （西暦） 　　年　　月から | （西暦）  年　　月迄 | 年　　　か月 | 年　　　か月 |
| **合計通算年数** | | | | **年 　 か月** |

○所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

機関（施設）名：

職位名＊：

氏　名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

機関（施設）所在地：

TEL：

**＊病院長あるいは看護部長が発行すること。**

氏 名

クリティカルケア事例実績証明

※担当した疾病、外傷、手術などにより高度な侵襲を受けた患者5症例について記載しなさい。

うち、1症例は事例要約として看護上の問題点も記載すること。

事例№1

|  |
| --- |
| 患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過） |
| 看護の実際 |

事例№2

|  |
| --- |
| 患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過） |
| 看護の実際 |

**※枠内に収まるように記載すること。枠のサイズは変更不可とする。**

　　氏 名

事例№3

|  |
| --- |
| 患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過） |
| 看護の実際 |

事例№4

|  |
| --- |
| 患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療・経過） |
| 看護の実際 |

**※枠内に収まるように記載すること。枠のサイズは変更不可とする。**

氏 名

クリティカルケア事例要約

事例No.1

|  |
| --- |
| 患者の状況（患者のプロフィール・疾患・症状・治療法等） |
|  |
| アセスメント |
|  |
| 看護上の問題点 |
|  |
| 看護の実際（評価を含む） |
|  |

**※枠内に収まるように記載すること。枠のサイズは変更不可とする。**

氏 名

皮膚・排泄ケア事例実績証明

|  |  |
| --- | --- |
| 患者プロフィール  （現病歴・既往歴・術式等を含む） | 看護の実際（問題点・評価を含む） |
| 【1.創傷】 |  |
| 【2.ストーマ】 |  |
| 【3.排泄管理】 |  |
| 【4.　　　　】※1～3のいずれかを記載 |  |

**※1枚に収まるように記載すること。枠のサイズは変更不可とする。**

氏 名

皮膚・排泄ケア事例要約

|  |
| --- |
| 事例の種類（該当する番号に○を記載）　　　1. 創傷　　　2．ストーマ　　3. 排泄管理 |
| 患者プロフィール（現病歴・既往歴・術式等を含む治療など） |
|  |
| アセスメント | |
|  | |
| 看護問題 | |
|  | |
| 看護の実際（評価を含む） | |
|  | |

**※1枚に収まるように記載すること。**

氏 名

感染予防・管理の活動実績　事例要約

|  |
| --- |
| 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 |
| 実施 |
| 評価 |

氏 名

糖尿病看護事例実績証明

※「糖尿病看護事例実績証明」もしくは「糖尿病看護事例要約」に外来または在宅ケア領域での療養支援を1例以上記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者プロフィール（疾患・治療・経過） | 看護の実際 |
| 【事例No.1】 |  |
| 【事例No.2】 |  |
| 【事例No.3】 |  |
| 【事例No.4】 |  |

氏 名

糖尿病看護事例要約

Ⅰ.事例紹介

|  |  |
| --- | --- |
| [年齢]　　　　　　　　[性別] | [仕事内容] |
| [診断名] |
| [疾患の経過（発症から受け持つまで）] |
| [家族構成]  [家庭における役割] |
| [受け持った時点の病状] | [日常生活情報] |
| [治療方針] |
| [糖尿病及び疾患に対する受けとめ] | [その他の情報] |

Ⅱ.看護過程

|  |  |
| --- | --- |
| アセスメント | |
|  | |
| 看護上の問題 | 看護目標 |
|  |  |
| 看護計画 | 看護実践（看護介入）の経過 |
|  |  |
| 評　価 | |
|  | |

**＊枠内に収まるように記載すること。枠のサイズは変更不可とする。**

氏 名

認知症看護事例実績証明

|  |  |
| --- | --- |
| 患者プロフィール（疾患・治療・経過） | 看護の実際 |
| 【事例No.1】 |  |
| 【事例No.2】 |  |
| 【事例No.3】 |  |
| 【事例No.4】 |  |

氏 名

認知症看護事例要約

Ⅰ．事例紹介

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病名： | 年齢： | 性別： | 職業： |
| ［現疾患・治療の概要（発症から受け持つまで）］ | 受持ち期間： | | |
| ［家族構成］  ［キーパーソン］ | | |
| ［生活歴］ | ［本人の病状認識］  ［家族の病状認識・今後の介護の方向性］ | | |

Ⅱ．看護過程

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ［アセスメント］ | | ［看護上の課題］ | |
| ［看護目標］ | | |
| ［看護計画］ | ［実施］ | |
| ［評価］ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2024年度　公益社団法人日本看護協会**  **看護研修学校　認定看護師教育課程** | | | |
| **受験票Ｂ**  **（看護研修学校用）** | | 受 験  番 号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |
| 氏名 | | | |
| 受験学科に○印 | （　）1.クリティカルケア学科 | | |
| （　）2.皮膚・排泄ケア学科 | | |
| （　）3.感染管理学科 | | |
| （　）4.糖尿病看護学科 | | |
| （　）5.認知症看護学科 | | |
| 所属施設 | | | 写真貼付  正面上半身  (40×30mm)  3か月以内に  撮影したもの  裏面に氏名を記入  受験票A,Bは 同一の写真を使用 |
| 施設名 | | |
| 所在地（都道府県のみ） | | |

**2024年度　公益社団法人日本看護協会**

**看護研修学校　認定看護師教育課程**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受験票Ａ**  **（受験者用）** | | 受 験  番 号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |
| 氏名 | | | |
| 受験学科に○印 | （　）1.クリティカルケア学科 | | |
| （　）2.皮膚・排泄ケア学科 | | |
| （　）3.感染管理学科 | | |
| （　）4.糖尿病看護学科 | | |
| （　）5.認知症看護学科 | | |
| 所属施設 | | | 写真貼付  正面上半身  (40×30mm) 3か月以内に  撮影したもの  裏面に氏名を記入  受験票A,Bは 同一の写真を使用 |
| 施設名 | | |
| 所在地（都道府県のみ） | | |

**※履歴書、受験票A、Bは同一の写真を用いること**

**※この受験票Aは、試験当日に必ず携帯すること**

**※受験票については、A・Bともにご提出ください。本校確認後、受験票Aをご返送いたします。**

**Ａ４サイズで出力し、切り取らずに出願書類とともに提出してください**

**片面印刷にしてください**

**（銀行振込控の貼付は不要）**

　受験番号：

振込通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 受験学科:

氏名:

電話番号：

（日中連絡が取れる番号を記載ください）

|  |  |
| --- | --- |
| web受付番号  (Webシステム受付後、電子メールに記載された番号 |  |
| 振込銀行名 |  |
| 振込支店名 |  |
| 振込日 | 年　　　　月　　　 日 |
| フリガナをお振りください |  |