※ 受験番号

（様式３-嚥下）

**実務研修報告書**

（※実務研修とは、看護実務経験を意味する）

**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：１ 看護部長相当 2 副部長または部署の責任者相当 3 主任相当 4 スタッフ 5 その他 いずれかに〇印）** |
| 年 月～ 年 月（　　か月間） | 所属施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　 　年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| **合計** | **か月間（　　　　年　　　か月）※2023年10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：１ 看護部長相当 2 副部長または部署の責任者相当 3 主任相当 4 スタッフ 5 その他 いずれかに〇印）** |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　　 年　月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| 　　 年　月～　　 年 月（　　か月間） | 所属施設名： 所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　職位：1・2・3・4・5（　　　　　） |
| **認定看護分野歴合計** | **か月間（　　　　年　　　か月）※2023年10月31日現在** |

注）合計欄は、1-1)、1-2)**2か所とも**記載する

**2．認定看護分野における実務研修の実績 概要**（※**受験者の経歴**を記載する）

・**1-2)認定看護分野歴で記載した期間に、認定看護分野に関連して担当した**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、施設ごとに実績を記載する（様式をコピーして記載する）

|  |  |
| --- | --- |
| 3-1）施設名 |  |
| 3-2）認定看護分野に関する患者の年間症例数 | 例/年 |
| 3-3）認定看護分野における診療報酬の有無 | 1. 摂食機能療法：　　　　　　　　　　有　・　無2. 摂食嚥下機能回復体制加算：　　　　有　・　無3. 栄養サポートチーム加算：　　　　　有　・　無 |
| 3-4）認定看護分野に関する専門の部門（部署・外来・病棟等）の有無とその名称 | 1. 摂食嚥下障害に関する部門：有（　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無2. 摂食嚥下障害に関する専門外来：有（　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無3. 脳血管障害、神経・筋疾患の患者を対象とした病棟：有（　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| 3-5）認定看護分野に関連する認定看護師・専門看護師の分野と人数 | 1. 摂食・嚥下障害看護認定看護師（A課程）有（　　　名）・無2. 摂食嚥下障害看護認定看護師（B課程）有（　　　名）・無3.上記が無の場合実務研修指導者の職位・保有資格・経験を記載 |
| 3-5)※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。 |

※受験者は、下記チェック欄に記入しないでください。

|  |
| --- |
| 【教育機関チェック欄】□看護師免許取得後、通算５年以上実務研修をしていること（必須要件）□うち通算３年以上、摂食嚥下障害患者の多い病棟および外来、または在宅領域で実務研修していること（必須要件）□摂食嚥下障害患者の看護を５例以上担当していること（必須要件）□現在、摂食嚥下障害患者の看護に携わっていることが望ましい（望ましい要件） |