

実務研修報告書＜感染管理分野＞

氏名_____

1. 実務研修施設

感染管理に関わる職歴（所属施設名、所属部署名、職位）	
年 月～ 年 月 （ヵ月間）	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 （ヵ月間）	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 （ヵ月間）	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 （ヵ月間）	所属施設名： 所属部署名： 職位：
年 月～ 年 月 （ヵ月間）	所属施設名： 所属部署名： 職位：
合 計 []ヵ月間	

※出願時点までの感染管理分野領域における経歴を記載する。
 ※様式2-2と重複するが、実務研修期間は出願時点までとする。

2. 実務研修の実績 概要

1. 実務研修施設に記載した期間において受験者自身が、感染予防・感染管理において実施したケアの改善実績例を1事例記載する。

3. 認定看護分野「感染管理」歴における実務研修施設 概要

氏名 _____

施設1： 施設名（ _____ ）

2-1) 実施しているサーベイランスの種類：「血管内留置カテーテル関連血流感染」「尿道留置カテーテル関連尿路感染」「手術部位感染」「人工呼吸器関連感染」の有無 ※その他有の場合は記載する。	「血管内留置カテーテル関連血流感染」 有 ・ 無 「尿道留置カテーテル関連尿路感染」 有 ・ 無 「手術部位感染」 有 ・ 無 「人工呼吸器関連感染」 有 ・ 無 ※その他 「 _____ 」
2-2) 感染管理相談の年間事例数	年間（ _____ ）件
2-3) 「感染対策向上加算1」の有無 「感染対策向上加算2」の有無 「感染対策向上加算3」の有無 ※無の場合のみ、ICT チーム配置の有無及び ICT ミーティングやラウンドの年間回数を記載する。	「感染対策向上加算1」 有 ・ 無 「感染対策向上加算2」 有 ・ 無 「感染対策向上加算3」 有 ・ 無 ※上記無の場合 ICT チーム配置 有 ・ 無 ICT ミーティング/ラウンド 有 ・ 無 年間回数 （ _____ ）回
2-4) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する専門看護師の人数とその分野名称 ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が当該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。	感染管理認定看護師 （ _____ ）名 感染症看護専門看護師 （ _____ ）名 ※上記該当者が無い場合 職位（ _____ ）感染管理経験年数（ _____ ）年・年以上

施設2： 施設名（ _____ ）

2-1) 実施しているサーベイランスの種類：「血管内留置カテーテル関連血流感染」「尿道留置カテーテル関連尿路感染」「手術部位感染」「人工呼吸器関連感染」の有無 ※その他有の場合は記載する。	「血管内留置カテーテル関連血流感染」 有 ・ 無 「尿道留置カテーテル関連尿路感染」 有 ・ 無 「手術部位感染」 有 ・ 無 「人工呼吸器関連感染」 有 ・ 無 ※その他 「 _____ 」
2-2) 感染管理相談の年間事例数	年間（ _____ ）件
2-3) 「感染対策向上加算1」の有無 「感染対策向上加算2」の有無 「感染対策向上加算3」の有無 ※無の場合のみ、ICT チーム配置の有無及び ICT ミーティングやラウンドの年間回数を記載する。	「感染対策向上加算1」 有 ・ 無 「感染対策向上加算2」 有 ・ 無 「感染対策向上加算3」 有 ・ 無 ※上記無の場合 ICT チーム配置 有 ・ 無 ICT ミーティング/ラウンド 有 ・ 無 年間回数 （ _____ ）回
2-4) 当該分野の認定看護師及び当該分野に関連する専門看護師の人数とその分野名称 ※上記該当者が無い場合のみ、受験申請者自身が当該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。	感染管理認定看護師 （ _____ ）名 感染症看護専門看護師 （ _____ ）名 ※上記該当者が無い場合 職位（ _____ ）感染管理経験年数（ _____ ）年・年以上