【様式３】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号（　　　　　　　　）

実務研修報告書

１．実務研修施設歴（※受験者の経歴を記入する）

実務研修施設および内容について（2025年12月末日現在として記載する）

１）全実務研修期間および実務研修施設名（※実務研修とは、看護実践経験のことをいう）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 　月  | 期　間 | 所属施設名 | 部署（診療科） | 職　位 | 備考 |
| 年 月 ～　　 年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～　　　年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～　　　年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～　　　年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～　　　年 月 | か月間 |  |  |  | 　 |
| 年 月 ～　　　年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～　　　年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～　　　年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 年 月 ～　　　年 月 | か月間 |  |  |  |  |
| 全実務研修期間 | か月間 |

２）認定看護分野「認知症看護」での実務研修期間

※実務研修内容については、認知症看護における分野歴がわかるように記載する。

例：認知症ケアチーム、認知症看護チーム、認知症サポートチーム、精神科リエゾンチームなど

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　 月  | 注1）期　間 | 所属施設名 | 部署（診療科） | 実務研修内容 |
| 年 月 ～　　　年 月 | か月間 |  |  |  |
| 年 月 ～　　　年 月 | 　か月間 |  |  |  |
| 年 月 ～　　　年 月 | 　か月間 |  |  |  |
| 認定看護分野歴合計 | か月間（　　　年　　　か月）　※　　　年　　月　　日現在 |

【様式３】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号　（　　　　　　　）

２．実務研修の実績　概要（※受験者の経歴を記入する）

前頁1-2）認知症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入する。

　　　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入する（様式をコピーして記入する）。

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．他院時共同指導料：　　　　　　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10. その他認知症関連の加算　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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入する | 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入するか、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入する。