

## (様式2) 実地研修準備チェック表

令和 年 月 日 記入

\* (受講生1人+利用者1人) の1組につき、1枚ご提出ください

### 【受講者ご自身について】

ふりがな		受講番号
受講生氏名	( 昭・平 年 月 日生)	
事業所名		

### 【利用者について】

ふりがな	
利用者氏名	

### 【指導看護師について】

ふりがな	
指導看護師氏名	
事業所名	
事業所連絡先	電話： FAX： e-mail：

### 【現場演習及び実地研修に関して、提出していただく書類】 (☑をお願いします。)

確認欄	依頼及び提出が必要なもの	内容
<input type="checkbox"/> 複写	実地研修受講申込書 (個人用) (様式1)	実地研修受講者からの研修実施内容の確認
<input type="checkbox"/> 複写	実地研修準備チェック表 (様式2)	この用紙
<input type="checkbox"/> 複写	利用者または家族の同意書 (様式3)	実地研修の実施に対する利用者の同意
<input type="checkbox"/> 複写	主治医の書面による指示書 (様式4)	主治医から指導講師 (看護師等) に対する指示

### 【各事業所が体制として整備するもの】 (☑をお願いします。)

確認欄	内容
<input type="checkbox"/>	実地研修 (当該研修) に対応した損害賠償保険に加入している
<input type="checkbox"/>	当該研修の指示書、助言の記録等の管理、保管をしている
<input type="checkbox"/>	当該利用者に関する技術手順、マニュアル等を整備している
<input type="checkbox"/>	利用者の個人情報の秘密保持に関わる措置を講じている (書面にて、誓約を交わしている)
<input type="checkbox"/>	ヒヤリハット事例の蓄積、分析、評価、検証を行う体制がある
<input type="checkbox"/>	緊急時の対応手順・体制が定められ、緊急時の連絡体制が確立している
<input type="checkbox"/>	訪問看護事業所等との連携により、安全確保のための体制を整備している (施設の場合) 安全確保のための「安全対策委員会」を設置している
<input type="checkbox"/>	かかりつけ医等の医師及び指導看護師等の指導のもと、連絡・相談・報告等の連携が図れる体制がある
<input type="checkbox"/>	地域との連携体制が整備されている