**（様式　5** **-精神及び神経症状に係る薬剤投与関連）**

**実習施設情報**

**1．実習を行う予定の施設リスト**

**※研修修了後も特定行為の実践が有効に行われるよう、継続した指導医の指導と安全に活動する施設基盤を重要と考えるため、**

**自施設実習を推奨している。**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **施　設　名　称** |
| 自施設実習 | ① |  |
| 他施設実習 | ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |
| ⑤ | 実習施設がない |

**2．受講を希望する特定行為に関する施設情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **特定行為名** | **実習を行う****施設**(※上記リストから番号を記入する) | **３か月間で対象となる症例が5例以上ある場合、○を記入** | **指導者\*がいる場合、○を記入** |
| 区分別科目 | 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | ・抗けいれん剤の臨時の投与  |  |  |  |
| ・抗精神病薬の臨時の投与  |  |  |  |
| ・抗不安薬の臨時の投与 |  |  |  |

＊指導者とは：臨床経験が7年以上、または「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講している医師、「特定行為研修指導者講習会」を受講している特定行為看護師