

# 医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修会 参加申込書 兼 受講に関する医師の同意書

| 参加申込書  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                                                |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------|
| 参加希望日  | <input type="checkbox"/> 第 1 回 (1 月 12 日・13 日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     | <input type="checkbox"/> 第 2 回 (1 月 30 日・31 日) |
| 参加者名   | ふりがな<br><br><div style="text-align: right; font-size: small;">注) 申し込みについては、1 名 1 枚をお願いします</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 性別  | 男      女                                       |
| 受講条件確認 | <p>1. 実務経験についてご記入ください。</p> <p>看護師としての実務経験 (                  ) 年<br/>訪問看護または介護保険施設等の実務経験 (                  ) 年</p> <p>2. 本研修会を受講するためには、以下の受講要件をすべて満たす必要があります。</p> <p>↓要件を満たす場合には、□欄にチェックをしてください。(☑)</p> <p><input type="checkbox"/> (ア) 看護師としての実務経験 5 年以上を有し、その間に患者の死亡に立ち会った経験が 3 例以上あること。</p> <p><input type="checkbox"/> (イ) 看護師としての実務経験のうち、訪問看護または介護保険施設等において 3 年以上の実務経験を有し、その間に患者 5 名に対しターミナルケアを行った(※)ことがあること。<br/>※ ここでいう「ターミナルケアを行った」とは、患者の死亡日及び死亡日前 14 日以内に、2 回以上の訪問看護等を実施し、ターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合をいう。</p> <p><input type="checkbox"/> (ウ) 実務において ICT を活用して連携している医師に、研修受講について説明し、同意を得ていること。(以下の「受講に関する医師の同意書」をご利用ください。)</p> <p><input type="checkbox"/> (エ) 「情報通信機器 (ICT) を利用した死亡診断等ガイドライン」を読んでいること。</p> <p>3. 所属施設で業務上用いているタブレットまたはスマートフォン等を持参できますか。<br/>(    <input type="checkbox"/> 持参できる                  <input type="checkbox"/> 持参できない    )</p> |     |                                                |
| 所属事業所名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                                                |
| 所在地    | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                |
| TEL    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | FAX |                                                |

## 受講に関する医師の同意書

私は、平成 29 年度厚生労働省委託事業在宅看取りに関する研修事業「医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修」について、参加を希望する看護師から説明を受け、研修の意義について理解しましたので、上記の者がこの研修に参加することに同意いたします。

＜同意者署名又は捺印欄＞

同 意      日：平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

所属医療機関名：\_\_\_\_\_

医 師      名：\_\_\_\_\_ 印

※上記の個人情報は、この研修以外の目的では利用いたしません。

**申込みにつきましては、以下の宛先に、“郵送”で送ってください。(12/12 必着)**

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 荻丁目参番館 401 全国訪問看護事業協会