



保健師・助産師・看護師・准看護師記入欄（つづき）

就業時の状況

- ⑰ 出身看護師等学校養成所  ← 1.県内の学校養成所 2.県外の学校養成所 ※ 現在従事する業務に関する資格を取得するために修了・卒業した学校養成所がある都道府県について記入してください。
- 就業年数に関わらず、現在の就業地での従事が再就業又は転職の方のみ⑱を記入し、⑲へ。新規又はその他の方は⑱を記入せず⑲へ。
- ⑱ 就業前の県内外の移動  ← 1.県内に就業していたが、離職後、県内で再就業又は転職 2.県外に就業していたが、離職後、県内で再就業又は転職
- ⑲ 看護師等届出制度（とどけるん）  ← 1.知っている 2.知らない 3.使ったことがある ※ 看護師等届出制度；看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づき、保健師・助産師・看護師・准看護師の免許を有し、業務に従事していない者は、都道府県ナースセンターへ届け出ることが努力義務となっている。

看護師の特定行為研修の修了状況

- ⑳ 特定行為研修の修了の有無  ← [ 1.有 2.無 ] ※ 特定行為；診療の補助のうち、高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる行為。これらの特定行為を手順書により行う場合は、看護師に特定行為研修の受講が義務付けられる。  
⑳で1を選択した方は㉑へ、2を選択した方は終了です。
  - ㉑ 指定研修機関番号  ※ 受講機関から発行された「特定行為研修修了証」に記載の番号を記入すること。
  - ㉒ 修了した特定行為区分  
当てはまる項目全てに1と記入し、当てはまらない項目は空白のままとしてください。
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 呼吸器（気道確保に係るもの）関連            | <input type="checkbox"/> 02 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連                  |
| <input type="checkbox"/> 03 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連          | <input type="checkbox"/> 04 循環器関連                               |
| <input type="checkbox"/> 05 心臓ドレーン管理関連                  | <input type="checkbox"/> 06 胸腔ドレーン管理関連                          |
| <input type="checkbox"/> 07 腹腔ドレーン管理関連                  | <input type="checkbox"/> 08 ろう孔管理関連                             |
| <input type="checkbox"/> 09 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連 | <input type="checkbox"/> 10 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連 |
| <input type="checkbox"/> 11 創傷管理関連                      | <input type="checkbox"/> 12 創部ドレーン管理関連                          |
| <input type="checkbox"/> 13 動脈血液ガス分析関連                  | <input type="checkbox"/> 14 透析管理関連                              |
| <input type="checkbox"/> 15 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連           | <input type="checkbox"/> 16 感染に係る薬剤投与関連                         |
| <input type="checkbox"/> 17 血糖コントロールに係る薬剤投与関連           | <input type="checkbox"/> 18 術後疼痛管理関連                            |
| <input type="checkbox"/> 19 循環動態に係る薬剤投与関連               | <input type="checkbox"/> 20 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連                   |
| <input type="checkbox"/> 21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連               |   |
- ㉓ 修了した領域別パッケージ研修  
当てはまる項目に1と記入し、当てはまらない項目は空白のままとしてください。
- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 01 在宅・慢性期領域 | <input type="checkbox"/> 02 外科術後病棟管理領域 |
| <input type="checkbox"/> 03 術中麻酔管理領域 | <input type="checkbox"/> 04 救急領域       |
| <input type="checkbox"/> 05 外科系基本領域  | <input type="checkbox"/> 06 集中治療領域     |

\*表1 市町村コード

二次医療圏	津軽地域	202 弘前市	204 黒石市	210 平川市	343 西目屋村	361 藤崎町	362 大鰐町	367 田舎館村	381 板柳町
	八戸地域	203 八戸市	441 三戸町	442 五戸町	443 田子町	445 南部町	446 階上町	450 新郷村	412 おいらせ町
	青森地域	201 青森市	301 平内町	303 今別町	304 蓬田村	307 外ヶ浜町			
	西北五地域	205 五所川原市	209 つがる市	321 鯉ヶ沢町	323 深浦町	384 鶴田町	387 中泊町		
	上十三地域	206 十和田市	207 三沢市	401 野辺地町	402 七戸町	405 六戸町	406 横浜町	408 東北町	411 六ヶ所村
	下北地域	208 むつ市	423 大間町	424 東通村	425 風間浦村	426 佐井村			

記入漏れがないか確認のうえ、令和7年1月15日（必着）までに提出してください。

送付先：〒030-8570 青森市長島一丁目1番1号「青森県健康医療福祉部医療薬務課 医務指導グループ」  
TEL 017-734-9291（直通）