(申込様式4)

申込期間　６月1日～６月15日）

研修番号17

**平成28年度高齢者権利擁護等推進事業における看護職員研修会**

開催期日：平成28年７月26・27日（火・水）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設住所　（連絡先） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 受講者氏名 |  | 生年月日 | 昭　　　　年　　　月　　　日生 |
| 職　種 | 保健師・助産師・看護師・准看護師　（○印をしてください） |
| 現在の施設での勤務年数 | 　　　　　　年　　　　ヵ月 | 職　位 | 例（施設長・看護師長） |

* １施設1名でお申し込みをお願いします。
* 修了証発行のため、氏名・生年月日は正確にご記入ください。

【講義等の参考にさせていただきますので、下記項目に、箇条書きで簡潔にご記入ください。】

|  |
| --- |
| １．利用者のフィジカルアセスメント（問診・打診・視診・触診などを通して、実際に[患者](http://kango.919.co.jp/word/%E3%81%9D%E3%81%AE%E4%BB%96/%E6%82%A3%E8%80%85)の身体に触れながら、症状を分析する）を行う時、戸惑いや不安を感じることがありましたか。それは、どのような場面で、どのような対処をしましたか。 |
| ２．利用者の人権擁護や身体拘束廃止、高齢者虐待防止に関して、あなたの施設で課題になっていることはどのようなことですか。 |
| ３-1．直近1年間で看取りケアの経験がありますか。（①ある　　　　②ない　　　　）-2．看取りケアに関して、あなたの勤務する施設で課題となっているのはどのようなことですか。 |
| ４-１．口腔ケア・口腔リハビリに取り組んでいますか。(①はい　　　②いいえ　)‐2．口腔ケア・口腔リハビリに関して、実施する上であなたの勤務する施設で課題となっているのはどのようなことですか。 |
| ５．あなたの勤務する施設で、感染管理で課題となっているのはどのようなことですか。 |