2015：様式１

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 選抜種別 | 一般　・推薦 |  | 受験番号 | ※記入しない |

入　学　願　書

日本赤十字秋田看護大学

教育研究開発センター

認定看護師教育課程長　　殿

　私は，日本赤十字秋田看護大学　教育研究開発センター　認定看護師教育課程

認知症看護認定看護師コースに入学したく，関係書類を添えて出願します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　出願者 |  |
| 氏名 | (フリガナ) | 男　・　女 | 写真　貼付（3.0cm×2.4cm）写真裏面に①氏名②生年月日を記入すること。 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日生　（満　　　　歳） |
| 現住所 | (フリガナ) |  |
| 〒電話　　　　　－　　　　－　　　　　　携帯　　　　－　　　　－　　　　メールアドレス：  |
| ２　所属機関等 |  |
| 名称(法人名から詳細に) |  | （施設概要）病床数（　　　　床）看護体制（　　　対１） |
|  |
| 住所 | 〒 | （電話番号）　　　　－　　　　－　　　　（所属病棟または内線番号） |
| ３　免許取得 |
| （西暦）　　　　　　年　　　月　取得　　　　免許番号（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４　学歴（高等学校卒業時から）および職歴（職名も記入すること） |
|  年　　　月～　　年　　　月 |  |
|  　　　年　　　月～　　　　年　　　月 |  |
|  　　　年　　　月～　　　　年　　　月 |  |
|  　　　年　　　月～　　　　年　　　月 |  |
|  　　　年　　　月～　　　　年　　　月 |  |

2015：様式２

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 受験番号 | ※記入しない |

勤　務　証　明　書

出願者氏名：

１　勤務期間

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常勤勤務期間 | 勤務期間（自）　　　　　　　（至） | 休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
| （西暦）年　　　月 | （西暦）　　　年　　　月 | 　　年　　　ヶ月 | 　　年　　　ヶ月 |
| 非常勤勤務期間 | 勤務期間（自）　　　　　　　（至） | 休職期間 | 通算非常勤勤務期間 |
| （西暦）年　　　月 | （西暦）　　　年　　　月 | 　　年　　　ヶ月 | 　　年　　　ヶ月 |
| 合計通算勤務期間 | 　　年　　　ヶ月 |

２　所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　上記出願者の勤務実績等は上記のとおりであることを証明する。

（書類作成日）（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

機関(施設)名称　　：

職位・氏名　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

機関(施設)所在地　：

電　話　　　　　　：

2015：様式３

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 受験番号 | ※記入しない |

実　務　研　修　報　告　書

認知症看護認定看護師コース

１　実務研修期間および内容について（※出願者の経歴を記載する。年号は西暦。）

１－１　認知症看護分野における看護実務研修期間 (所属施設名、所属部署名、職位、実務研修内容)

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月～　　　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　常勤　・　非常勤　）※1所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　）実務研修内容※2： |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　常勤　・　非常勤　）所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　）実務研修内容： |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　常勤　・　非常勤　）所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　）実務研修内容： |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　常勤　・　非常勤　）所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　）実務研修内容： |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　常勤　・　非常勤　）所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　）実務研修内容： |
| ①合計(認知症看護分野) | 　　　　　　ヶ月間（　　　　年　　　ヶ月）※教育機関入学まで |

※1　勤務形態が非常勤の場合、「実質勤務時間150時間」を「１ヶ月」相当と換算し、勤務月数を割り出す。150時間＝7.5時間×20日

※2　例：療養病床に入院する認知症患者の生活・療養環境調整，在宅で生活する認知症患者の健康管理　等

１－２　認知症看護分野以外での看護実務研修期間 (所属施設名、所属部署名、職位)

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月～　　　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　年　　月～　　　　年　　月（　　　　ヶ月間） | 所属施設名：所属部署名：　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　　） |
| ②合計 | 　　　　　　ヶ月間（　　　　年　　　ヶ月）※教育機関入学まで |

|  |
| --- |
| １－３　看護実務研修期間の確認 |
| ①（36か月以上） | ② | ①+②（60か月以上） |
|  |  |  |

様式３－１Ｐ

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※記入しない |

2015：様式３

２　認知症看護分野に関連する看護実務研修施設の概要

　　　　最低３年間の認知症看護分野の実務研修期間における所属施設の概要について記載する。

　　　　施設が複数の場合，施設毎に記載する。（本様式を複写のこと）

|  |  |
| --- | --- |
| ２－１　施設名 |  |
| ２－２　認知症看護分野における患者の年間症例数（入院・外来を含む延べ人数）※１ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　例／年 |
| ２－３　認知症看護分野に関する施設基準の届出の種類　※２ |  |
| ２－４　認知症看護分野に関する専門部門（入院・外来・病棟等）の有無とその名称 | 　有　・　無　[名称：　　　　　　　　　　　　　　　　] |
| ２－５　認知症看護分野の認定看護師および認知症看護分野に関連する専門看護師の分野と人数　上記該当者がない場合のみ，出願者自身が認知症看護分野の実務研修において主に指導を受けた人を記入する。※３ | （１）認知症看護認定看護師　　有（　　　名）・無（２）老人看護専門看護師　　　有（　　　名）・無（３）いずれも無しの場合実務研修指導者：例：教育担当師長　（認知症看護分野における経験５年以上を有する者等。） |

２－２※１　例：もの忘れ外来，認知症専門病棟

２－３※２　例：認知症夜間対応加算，退院調整加算（退院時），認知症短期集中リハビリテーション実施加算，地域連携認知症集中治療加算，地域連携認知症支援加算，精神科リエゾンチーム加算

２－４※３　認定看護師等の有資格者から直接指導を受ける機会があることが望ましいが，ない場合には部署の師長あるいは主任等で分野の経験が５年以上ある者から指導を受けたことを記入するか，あるいは施設外の認定看護師からの指導があった場合はそれを記入する。

３　認知症看護分野に関連する看護実務研修内容の概要（※出願者の例歴を記載する。）

|  |  |
| --- | --- |
| 前記「１－１認知症看護分野における看護実務研修期間」における認知症看護分野に関連した担当実績（通算の事例数） | 　　　　　　　　　　　　　例 |

４　学会および研修会等の業績

|  |
| --- |
| ４－１　主な研修内容（専門領域における研修会等への参加）４－２　看護研究業績（学会および研究会等への発表・学術誌投稿業績など）４－３　その他（社会的活動：例　地域サポーター，キャラバン・メイト等） |

|  |
| --- |
| ※ □ 教育機関チェック欄□ 看護師免許取得後、実務研修が通算５年以上あること（実務研修報告書１より）。□ 通算３年以上、認知症患者の多い医療・福祉施設（在宅ケア領域を含む）等での看護実績を有すること。□ 認知症患者の看護を５例以上担当した実績を有すること。（実務研修報告書３より）□ 現在、認知症患者の多い医療・福祉施設（在宅ケア領域を含む）等で勤務していることが望ましいこと。 |

様式３－２Ｐ

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※記入しない |

2015：様式３

５　志　望　理　由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

様式３－３Ｐ

2015:様式４

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 受験番号 | ※記入しない |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 氏名 |  |

認知症看護　事例実績証明・要約

Ⅰ　事例紹介

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病名： | 年齢：　　　　　 | 性別：　　　　　 | 職業： |
| 〔現疾患・治療の概要（発症から受け持つまで）〕 | 受持ち（関わった）期間：　約　　　　　　　日間 |
| 〔家族構成〕〔キーパーソン〕 |
| 〔生活歴〕 | 〔本人の症状認識〕〔家族の病状認識・今後の介護の方向性〕 |

Ⅱ　看護過程

|  |  |
| --- | --- |
| 〔アセスメント〕 | 〔看護問題〕 |
| ※　入院中に受け持った患者，外来通院中に継続して関わった患者，施設入居中に継続して関わった方，訪問看護で担当した患者事例であること。※　記入は個人情報保護を遵守し，すべての固有名詞は使用せず，年齢は実年齢を避け「８０代」などの表現とすること。 |

様式４－１Ｐ

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※記入しない |

2015:様式４

|  |
| --- |
| 〔看護目標〕 |
| 〔看護計画〕 | 〔結果〕 |
| 〔評価〕 |

様式４－２Ｐ

2015：様式５

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2015年度　認定看護師教育課程　入学者選抜試験（推薦） | 受験番号 | ※記入しない |

推　　薦　　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 出願者氏名 | （フリガナ） | 性　別 |
|  | 男　　女 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　月　　日（　　　歳） | 志願コース | 認知症看護認定看護師コース |
| 上記の者を，次の理由により責任を持って推薦します。 |
| ○本人の人柄及び特徴 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ○認定看護師としての適性・将来性など　その他特記すべき事項 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| （西暦）　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　所属機関名　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者職名　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者名 日本赤十字秋田看護大学教育研究開発センター認定看護師教育課程長　殿 |

2015：様式６

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 受験番号 | ※記入しない |

日本赤十字秋田看護大学

教育研究開発センター

　　認定看護師教育課程長　殿

受験及び就学承諾書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出願者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　（西暦）　　　　年　　　月　　　日生

　上記の者が，2015年度日本赤十字秋田看護大学　教育研究開発センター　認定看護師教育課程　認知症看護認定看護師コースの入学試験を受験することを承諾します。

　なお，本人が本課程に入学した場合は，在職のまま就学することを承諾します。

　　　（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

機関(施設)名称　　：

職位・氏名　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　