

准看護師業務従事者届(令和4年12月31日現在)

※届出は、1人1枚(主たる業務)です。記入(例)は裏面にあります。

1. 太枠内を全て濃いめの鉛筆で記入してください。
2. 記載部分、選択部分の全てに記入もれがないか、再度チェックをおこなってください。

| | | |
|------|-----|------|
| 職種 | 保健所 | 整理番号 |
| 4 | | |
| 記入不要 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------|------------------------------|----------------------|---|--|
| ふりがな | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年齢 | 保健所で記入 | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | 性別 | 1.男 2.女 | 1.令和 2.平成 3.昭和 4.西暦 | 年 月 日 | 歳 | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | | 市町村コード | <input type="text"/> | | |
| 免許の種類別 | 登録番号 | | | | | | | | | | 登録年月日 | | | 本人記入 | | |
| | * 1~4の有する免許全てを記載してください。 * 右につめて記入してください。 | | | | | | | | | | 1.令和 2.平成 3.昭和 | 年 月 日 | 免許のチェック | | | |
| 1.保健師籍 | 厚生労働省(都道府県)第 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 号 | 年 月 日 | 1 | | | |
| 2.助産師籍 | 厚生労働省(都道府県)第 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 号 | 年 月 日 | 2 | | | |
| 3.看護師籍 | 厚生労働省(都道府県)第 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 号 | 年 月 日 | 3 | | | |
| 4.准看護師籍 | 都道府県 第 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 号 | 年 月 日 | 4 | | | |
| 主たる業務 | *記入しないでください。 | | | | | | | | | | | | 本人記入 | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|
| 業務に就く場所 | 所在地 | | | | | | | | | | | Tel: () - |
| | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | 施設の種別 | 詳細項目(01~07該当者は選択のこと) | | | | | | | | | | |
| | 01. 病院 | ア. 病棟 イ. 外来 ウ. その他 | | | | | | | | | | 訪問看護部門(再掲) |
| | 02. 診療所 | ア. 有床 イ. 無床 | | | | | | | | | | |
| | 03. 助産所 | (分娩の取扱いあり) ア. 開設者 イ. 従事者 ウ. 出張のみによる者 (分娩の取扱いなし) エ. 開設者 オ. 従事者 カ. 出張のみによる者 | | | | | | | | | | |
| | 04. 訪問看護ステーション | ア. 管理者 イ. 従事者 | | | | | | | | | | |
| | 05. 介護保険施設等 | ア. 介護老人保健施設 イ. 介護医療院 ウ. 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) エ. 居宅サービス事業所 オ. 居宅介護支援事業所 カ. その他 | | | | | | | | | | |
| | 06. 社会福祉施設 | ア. 老人福祉施設 イ. 児童福祉施設 ウ. その他 | | | | | | | | | | |
| | 07. 保健所、市町村又は都道府県 | ア. 保健所 イ. 都道府県(アを除く) ウ. 市町村(アを除く) | | | | | | | | | | |
| 08. 事業所 | | | | | | | | | | | | |
| 09. 看護師等学校・養成所又は研究機関 | | | | | | | | | | | | |
| 10. その他 | | | | | | | | | | | | |
| 雇用の形態 | 1. 正規雇用 2. 非正規雇用(1. 3に該当しない者) 3. 派遣(紹介予定派遣を含む) | | | | | | | | | | | |
| 常勤換算 | 1. フルタイム労働者 2. 短時間労働者 ()人 ※記入例参照 | | | | | | | | | | | |
| 従事期間等 | 1. 従事期間1年未満 (従事開始理由 ア. 新規 イ. 再就業 ウ. 転職 エ. その他) 2. 従事期間1年以上2年未満 (従事開始理由 ア. 新規 イ. 再就業 ウ. 転職 エ. その他) 3. 従事期間2年以上 | | | | | | | | | | 従事開始理由 | |
| 現在の状況 | 1. 産前産後休暇中 2. 育児休暇中 3. 病休中 4. その他の休暇中 | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------------|------------------|----------------------|
| 看護師の特定行為研修の修了状況 | 看護師の特定行為研修の修了の有無 | 1. 有 2. 無 |
| | 指定研修機関番号 | <input type="text"/> |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|----------------------|------------------------|------------------------|------------|----------------|----------------|----------------|-------------|---------------------------------|---|------------|----------------|----------------|------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|--------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
| 看護師の特定行為研修の修了状況 | 特定行為区分コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 修了した特定行為区分 | <table border="0"> <tr> <td>01. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連</td> <td>02. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連</td> </tr> <tr> <td>03. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連</td> <td>04. 循環器関連</td> </tr> <tr> <td>05. 心臓ドレーン管理関連</td> <td>06. 胸腔ドレーン管理関連</td> </tr> <tr> <td>07. 腹腔ドレーン管理関連</td> <td>08. ろう孔管理関連</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>11. 創傷管理関連</td> <td>12. 創部ドレーン管理関連</td> </tr> <tr> <td>13. 動脈血液ガス分析関連</td> <td>14. 透析管理関連</td> </tr> <tr> <td>15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</td> <td>16. 感染に係る薬剤投与関連</td> </tr> <tr> <td>17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連</td> <td>18. 術後疼痛管理関連</td> </tr> <tr> <td>19. 循環動態に係る薬剤投与関連</td> <td>20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</td> </tr> <tr> <td>21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | 01. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 02. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | 03. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 04. 循環器関連 | 05. 心臓ドレーン管理関連 | 06. 胸腔ドレーン管理関連 | 07. 腹腔ドレーン管理関連 | 08. ろう孔管理関連 | 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 | 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 | 11. 創傷管理関連 | 12. 創部ドレーン管理関連 | 13. 動脈血液ガス分析関連 | 14. 透析管理関連 | 15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 16. 感染に係る薬剤投与関連 | 17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | 18. 術後疼痛管理関連 | 19. 循環動態に係る薬剤投与関連 | 20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 |
| 01. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 02. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 04. 循環器関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05. 心臓ドレーン管理関連 | 06. 胸腔ドレーン管理関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07. 腹腔ドレーン管理関連 | 08. ろう孔管理関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. 創傷管理関連 | 12. 創部ドレーン管理関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. 動脈血液ガス分析関連 | 14. 透析管理関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 16. 感染に係る薬剤投与関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | 18. 術後疼痛管理関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. 循環動態に係る薬剤投与関連 | 20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 修了した領域別パッケージ研修 | <table border="0"> <tr> <td>1. 在宅・慢性期領域</td> <td>2. 外科術後病棟管理領域</td> <td>3. 術中麻酔管理領域</td> </tr> <tr> <td>4. 救急領域</td> <td>5. 外科系基本領域</td> <td>6. 集中治療領域</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | 1. 在宅・慢性期領域 | 2. 外科術後病棟管理領域 | 3. 術中麻酔管理領域 | 4. 救急領域 | 5. 外科系基本領域 | 6. 集中治療領域 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 在宅・慢性期領域 | 2. 外科術後病棟管理領域 | 3. 術中麻酔管理領域 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 救急領域 | 5. 外科系基本領域 | 6. 集中治療領域 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

厚生労働省・都道府県コード

| | |
|----------------------|----------------------|
| 登録場所コード | 本人記入 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

施設コード

| |
|--------|
| 記入不要 |
| 保健所で記入 |

常勤換算記入

| |
|----------------------|
| 本人記入 |
| <input type="text"/> |

※保有する免許が准看護師免許のみの場合は、「2. 無」を選択する。

記入例

准看護師業務従事者届(令和4年12月31日現在)

該当する番号に○をつける。

令和4年12月31日現在の満年齢

※届出は、1人1枚(主たる業務)です。記入(例)は裏面にあります。
1. 太枠内を全て濃いめの鉛筆で記入してください。
2. 記載部分、選択部分の全てに記入もれがないか、再度チェックをおこなってください。

| 職種 | 保健所 | 整理番号 |
|----|-----|------|
| 4 | | |

記入不
届出住所の市町村コードを記入する。

番地、棟、アパート名、番号まで記入する。

| | | | | | | | |
|------|------------------------------|----|---------|------|----------|----|----|
| ふりがな | みやざきみどり | 性別 | 1.男 ②.女 | 生年月日 | 39 10 01 | 年齢 | 58 |
| 氏名 | 宮崎みどり | | | | | | |
| 住所 | 宮崎県宮崎市橋通東2丁目10番1号 県庁アパート101号 | | | | | | |

市町村コード
01
本人記入

和暦を選択し、年月日の数字を記入すること。登録年月日は、再交付日や書換交付日ではない。

籍の登録は厚生労働省か都道府県のどちらか。(重複はない。)該当する免許を○で囲む。

| 免許の種類 | 登録番号 | 登録年月日 | 免許のチェック |
|---------|---------------|---------------------|-----------------|
| 1.保健師籍 | 厚生労働省(都道府県)第 | 1.令和 2.平成 3.昭和 4.西暦 | 1 |
| 2.助産師籍 | 厚生労働省(都道府県)第 | | 2 |
| 3.看護師籍 | 厚生労働省(都道府県)第 | | 3 |
| ④.准看護師籍 | 宮崎 都道府県 第 | 1 4 0 0 0 号 | 3 58 年 6 月 15 日 |
| 主たる業務 | * 記入しないでください。 | | |

厚生労働省・都道府県コード
登録場所コード
4 5
本人記入

登録場所コードは、「厚生労働省」または、「都道府県コード」のいずれか。届出者のコードではない。5

保有する全ての免許を○で囲む。

また、右側の免許のチェック欄にも○をつける。

※免許を保有しない箇所は、斜線をする。

| | | |
|-----|-----------------------|-------------------|
| 所在地 | 宮崎市北高松町5番30号 (ゴム印使用可) | TEL:(0985)24-4181 |
| 名称 | 県立宮崎病院 | |

施設の種別を選択する。

01~07の該当者は、各詳細項目を選択する。

| 施設の種別 | 0 1 | 詳細項目(01~07該当者は選択のこと) | イ |
|----------------------|-----|---|------------|
| 01. 病院 | | ア. 病棟 ①. 外来 ウ. その他 | 訪問看護部門(再掲) |
| 02. 診療所 | | ア. 有床 イ. 無床 | |
| 03. 助産所 | | (分娩の取扱いあり) ア. 開設者 イ. 従事者 ウ. 出張のみによる者 (分娩の取扱いなし) エ. 開設者 オ. 従事者 カ. 出張のみによる者 | |
| 04. 訪問看護ステーション | | ア. 管理者 イ. 従事者 | |
| 05. 介護保険施設等 | | ア. 介護老人保健施設 イ. 介護医療院 ウ. 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) エ. 居宅サービス事業所 オ. 居宅介護支援事業所 カ. その他 | |
| 06. 社会福祉施設 | | ア. 老人福祉施設 イ. 児童福祉施設 ウ. その他 | |
| 07. 保健所、市町村又は都道府県 | | ア. 保健所 イ. 都道府県(アを除く) ウ. 市町村(アを除く) | |
| 08. 事業所 | | | |
| 09. 看護師等学校・養成所又は研究機関 | | | |
| 10. その他 | | | |

病院又は診療所に従事する者で、主たる業務内容が訪問看護部門の場合は、枠内に○を記入し、該当しない場合は、斜線をする。

分娩の取扱いの実績の有無に関わらず、現在、分娩の依頼に応じることができる体制がある場合は、「分娩の取扱いあり」を選択すること。

従事期間の1~2の該当者は、「従事開始の理由」を選択する。また、3の該当者は、「従事開始の理由」に斜線をする。

雇用の形態のいずれかを選択する。(全員選択)

1または2のどちらかを選択する。

2を選択した者は、記入要領を参照し、常勤換算を記入する。
(例)0.4の場合は、右の常勤換算記入欄に04と記入する。

| 雇用の形態 | 1. 正規雇用 ②. 非正規雇用(1.3に該当しない者) 3. 派遣(紹介予定派遣を含む) | 2 |
|-------|---|------------------|
| 常勤換算 | 1. フルタイム労働者 ②. 短時間労働者 (0.4)人 ※記入例参照 | 2 |
| 従事期間等 | ①. 従事期間1年未満 (従事開始理由 ア. 新規 ①. 再就業 ウ. 転職 エ. その他) 2. 従事期間1年以上2年未満 (従事開始理由 ア. 新規 イ. 再就業 ウ. 転職 エ. その他) 3. 従事期間2年以上 | 1 従事開始理由 イ |
| 現在の状況 | 1. 産前産後休暇中 2. 育児休暇中 3. 病休中 4. その他の休暇中 | |

フルタイム労働者は記入せず、斜線をする。

常勤換算記入
0 4
本人記入

「新規」とは、免許取得後、初めて看護師等として従事した場合(ただし、2以上の免許を有する場合は、最初の免許を取得後に従事した場合とする。)を指す。

従事期間の考え方

①同一の者が設置する施設間の異動・転勤はそれらで従事した年数の合計を従事期間とする。

②法人の合併等により設置者の変更のみがあった場合も、それらで従事した年数の合計を従事期間とする。

③同敷地内であっても、医療法人立の病院と社会福祉法人立の特養ホームの間の異動は従事期間として合計しない。

| 看護師の特定行為研修の修了状況 | 看護師の特定行為研修の修了の有無 1. 有 ②. 無 | 2 |
|-----------------|----------------------------|---|
| 指定研修機関番号 | | |

| 特定行為区分コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--------------------|----------------------|----------------|----------------|------------------------|------------|----------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|----------------|------------|-----------------|--------------|-----------------------|--------------|----------------|--------------|----------|-------------|------------|
| 修了した特定行為区分 | 01. 呼吸器(気道確保に係るもの) | 02. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの) | 03. 心臓ドレーン管理関連 | 04. 腹腔ドレーン管理関連 | 05. 栄養に係るカテーテル管理(管理)関連 | 06. 創傷管理関連 | 07. 動脈血液ガス分析関連 | 08. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 09. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | 10. 循環動態に係る薬剤投与関連 | 11. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | 12. 創部ドレーン管理関連 | 13. 透析管理関連 | 14. 感染に係る薬剤投与関連 | 15. 術後疼痛管理関連 | 16. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 17. 在宅・慢性期領域 | 18. 外科術後病棟管理領域 | 19. 術中麻酔管理領域 | 20. 救急領域 | 21. 外科系基本領域 | 22. 集中治療領域 |
| 修了した領域別パッケージ研修 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

令和4年12月31日現在で「特定行為研修修了証」が交付されている場合のみ「1. 有」を選択すること。
※看護師免許と准看護師を保有し、主たる業務が准看護師である者で、特定行為研修を修了している場合は、保健所担当者へ御相談ください。

「再就業」とは、従事開始前1年間に看護師等として従事していない場合(ただし「新規」を除く)を指す。

「転職」とは、従事開始前1年間に看護師等として従事したことがある場合を指す。

「その他」とは、再就業、転職、新規に該当しない場合を指す。
参考:「再就業」として取り扱う者(既卒者で看護師等以外の業務に従事するなど、一定期間、看護師等業務)

1~4の該当者は番号を記入し、該当しない者は斜線をする。