別紙３－４

令和７年　　月　　日

茨城県地域包括ケア推進センター長　殿

在宅医療体験研修事業報告書（指導者）

報告者

下記の通り研修を行いましたので報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修日時 | 年　　　月　　　日　　　　時　　分　　～　　　時　　分 |
| 研修先  番号に〇をつけてください | １.自宅　２.サービス付き高齢者向け住宅　３.有料老人ホーム　　　４.介護老人福祉施設　　５.認知症対応型共同生活介護  ６.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 訪問患者名 |  |
| 訪問患者の病態  番号に〇をつけてください | １.小児患者  ２.精神疾患患者  ３.胃瘻・腸瘻の管理を要する患者  ４.導尿が必要な患者  ５.人工肛門の管理を要する患者  ６.褥瘡の管理を要する患者  ７.在宅酸素療法を要する患者  ８.在宅人工呼吸器を使用する患者  ９.在宅中心静脈栄養を行う患者  10.在宅成分栄養経管栄養を行う患者  11.在宅血液透析を行う患者  12.在宅自己腹膜還流を行う患者  13.在宅微量点滴静脈注射を行う患者  14.在宅微量皮下注射を行う患者  15.医療用麻薬（経口・経皮）を使用する患者  16.医療用麻薬（注射）を使用する患者  17.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修（訪問診療）の内容 |  |

【返信先】E-mail：[i-renkei@ibaraki.med.or.jp](mailto:i-renkei@ibaraki.med.or.jp)

FAX：029-243-7722