

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 | 最終施行日：2023/9/1 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 | 次回更新日：2025/9/1 |

地域在宅医療支援センター

受託実習生に関する規程

承認者署名欄：

K. Aizawa.

※承認者の直筆の署名があるものを原本として、効力を持たせるものとし、署名のないものについてはその効力を持たない。また、更新日が過ぎたものについても効力を持たない。



| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 | 最終施行日：2023/9/1 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 | 次回更新日：2025/9/1 |

1. 目的

- 1.1 医療・介護従事者の養成機関及び他の医療・介護関係機関（以下「実習依頼施設」という）より当院に依頼される実習生の受け入れを円滑かつ安全に地域在宅医療支援センター実習を行うために必要な事項を本規程に定める。

2. 定義

- 2.1 本規程の対象となる実習生とは、当該部署での実習、研修をする学生または実習依頼施設の職員をさす。
- 2.2 統括管理部署を人事部とし、実習生の受け入れ・契約内容等の事務手続きを統括管理する部署とする。
- 2.3 実習担当責任者は、実習生受け入れに関わる業務を担当する。
- 2.4 実習担当者は、実習担当責任者から指名を受け、実習生を指導する。

3. 受託手順

- 3.1 実習担当部門・部署の長は、新規もしくは継続での実習依頼施設より実習依頼申請があった場合、関係部署と協議して、当院の業務に支障がないことを確認しなければならない。
- 3.2 実習担当責任者は、依頼のあった実習依頼施設へ契約内容（①実習生等の感染対策、②委託料の有無、③実習修了証明書の有無、④カルテ閲覧希望）について確認を行い、必要であれば委託料について財務・経理課へ連絡・相談する。
- 3.3 実習担当責任者は、地域在宅医療支援センター（見学）受託許可願い（指定様式1）に必要事項を記入の上、地域在宅医療支援センター受諾実習管理委員会事務局（以下、受諾実習管理委員会事務局）に実習依頼書等（①養成機関からの実習依頼書、②実習人数の分かる書類、③実習期間の分かる書類、④委託料の分かる書類）⑤有資格者はその免許証の写しを添付し提出する。
- 3.3.1 国外から実習依頼申請があった場合は、実習担当窓口を国際課とし、事前に健康診断書（指定様式2）の提出を求め、地域在宅医療支援センター実習（見学）受託許可願いと併せて人事部に提出する。
- 3.4 地域在宅医療支援センター受託実習管理委員会は、実習受託許可願い（国外からの実習生については健康診断結果も含む）に基づいて審査及び審議を行い、受託実習管理委員会委員長は、その結果を実習担当責任者に伝える。
- 3.5 受託実習管理委員会で審議の結果、受け入れ可能と判断した場合、受諾実習管理委員会事務局が地域在宅医療支援センター長の決裁を受ける。受け入れ不可と判断した場合は、実習担当責任者が実習依頼施設へ連絡する。
- 3.6 地域在宅医療支援センター長決裁後、実習担当責任者が実習依頼施設へ受け入れ可能である旨を連絡し、契約書等（関連書類）送付依頼と実習のグレードに沿った感

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 | 最終施行日：2023/9/1 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 | 次回更新日：2025/9/1 |

染症に関する検査依頼を行う。

- 3.7 実習担当責任者は実習依頼施設より送付された契約書類等（関連書類）を受諾実習管理委員会事務局へ提出し、受諾実習管理委員会事務局より地域在宅医療支援センター長印を依頼する。実習委託契約書（指定様式3）は、当院の様式もしくは実習依頼施設の提出された様式どちらでも可能とする。ただし、委託契約内容については、当院の内容に準じたものとする。
- 3.8 実習担当責任者は契約書一式完成後原本を保管し、写しを受諾実習管理委員会事務局へ提出する。
- 3.9 受諾実習管理委員会事務局は、受け入れの承認を得た「受諾許可願い」の写しを人事部へ提出し、人事部は「実習生等（見学）受入状況一覧」（別紙2）に入力を行ない、管理・把握をするとともに職員へ周知するためにホームページへ掲載する。
- 3.10 実習開始時実習担当責任者は、（1）オリエンテーション、（2）感染症検査結果の確認を実施する。
- 3.11 実習修了後、実習担当責任者より必要書類（①新入職員・実習生等オリエンテーション受講記録表、②実習生等受入実績報告書（指定様式7）、③請求書、④実習生修了証明書交付依頼）の提出を持って受諾実習管理委員会事務局への修了連絡とする。
- 3.12 受諾実習管理委員会事務局は、請求書とともに「実習生受け入れ実績報告書」の写しを人事部へ提出し、人事部がそれを保管する。
- 3.13 人事部は、実習担当責任者より提出された書類の確認を行い、請求書発行を財務・経理課へ依頼する。また必要であれば実習修了証明書の交付を行う。
- 3.14 財務・経理課は請求内容を確認し、請求書を発行し入金確認後、必要であれば領収書の発行を行う。入金確認後、人事部へ入金連絡を行う。

4. 実習生等の感染対策

- 4.1 実習生は、当院で実習を行なうにあたり、事前に実習のグレードに沿った感染症に関する以下の検査結果を実習担当責任者に提出する。
 - 必須検査項目：①胸部レントゲン撮影結果（1年以内のもの）
 - ②HBs抗原抗体（1年以内のもの）
 - ③HCV抗体（1年以内のもの）
 - ④四抗体（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）
 - * 2回目以降の実習については、④の提出は求めない。
- 4.2 グレードA 利用者に直接触れて处置・ケア等の実技を伴う実務実習。
 - 必須検査項目：①胸部レントゲン撮影結果（1年以内のもの）
 - ②四抗体（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）
- 4.3 グレードB 利用者に直接触れずに同行訪問等を主とする見学研修。
 - 必須検査項目：①胸部レントゲン撮影結果（1年以内のもの）
 - ②四抗体（麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎）

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 | 最終施行日：2023/9/1 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 | 次回更新日：2025/9/1 |

4. 4 提出された検査結果を基に実習担当責任者が「検査結果指標」（別紙3）に照らし合わせ確認を行い、必要に応じて実習中の留意点などについて指導を行う。
4. 4. 1 提出された検査結果の書類は各実習担当部門・部署で、原則3年間保管する。

5. 受託実習生心得

5. 1 前条の手続きを経て、地域在宅医療支援センター長が実習を許可した実習生を受託実習生とする。
5. 2 実習に要するユニフォームは実習生が準備する。
5. 3 本人の責に帰すべき理由により、機械、器具、備品等を破損した場合は、本人または依頼者が弁償しなければならない。
5. 4 実習生は、実習期間中において、頭痛、発熱、腹痛、嘔気、嘔吐、下痢などの症状がある場合は、実習担当責任者に速やかに報告するとともに指示を仰ぐ。

6. 医療・介護情報の外部持ち出し

6. 1 医療・介護情報の持ち出しに際しては、個人情報が特定できないよう細心の注意を払い、その重要性を認識し保護に努める。
6. 2 個人情報とは、「個人情報の保護に関する法律」で規定された、生存する個人を識別できるものと、死者に関する情報で同時に遺族などの生存する個人に関する情報をとする。
6. 3 対象となる医療・介護情報を以下に示す。
- 6. 3. 1 患者背景・家族歴
 - 6. 3. 2 病歴・診断名
 - 6. 3. 3 治療内容・手術シェーマ等
 - 6. 3. 4 検査結果
 - 6. 3. 5 画像及び診断結果
 - 6. 3. 6 病理画像及び診断結果
 - 6. 3. 7 スキャンニング・診療書類内に記載された情報
 - 6. 3. 8 診療記録・看護記録・助産録に記載された情報
6. 4 持ち出す際の使用範囲は以下に限定する。
- 6. 4. 1 実習記録・レポート
 - 6. 4. 2 学会発表等
6. 5 持ち出しを希望する実習生は「医療情報院外持出申請書」（指定様式6）を指導にあたる部門・部署の実習担当責任者に提出する。
6. 6 実習担当責任者はその内容を全て閲覧し、下記の項目を参照の上、個人情報の特定ができないことを確認した上で、持出を許可する。
- 6. 6. 1 患者ID（匿名化されていれば可）

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 | 最終施行日：2023/9/1 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 | 次回更新日：2025/9/1 |

- 6.6.2 氏名・生年月日・住所・電話番号・勤務先・学校
- 6.6.3 診療に直接関係のない特定の機微な情報
 - 6.6.3.1 思想・信条・宗教等
 - 6.6.4 その他、組み合わせ等により個人を特定できる情報
- 6.7 実習担当責任者は許可をした「医療情報院外持出申請書」を地域在宅医療支援センター受託実習管理委員会事務局に提出し、事務局は3年間保管する。
- 6.8 医療情報の持ち出しに関する上記内容に変更事項がある場合は、医療情報管理委員会に諮り、本規程を改定する。

7. 修了証明書の交付

- 7.1 実習担当責任者は、人事部へ修了証明書の交付を依頼する。
- 7.2 人事部は、実習事項について証明書を交付する。

8. 実習期間

- 8.1 実習期間は、1年を超えないものとする。1年以上の期間となる場合はその都度、委託契約を行なう。

9. 実習費用

- 9.1 指導に要する費用として必要がある場合は、実習委託料を徴収することがある。
- 9.2 財務・経理課は、実習委託料について、継続的に契約を行なっている実習依頼施設については、従前の契約内容を確認する。
- 9.3 新規の受入れに伴う実習委託料については、先方の規程を優先する。但し、規程などの決まりが無い場合、1人1日単価として、学生は1,000円、社会人は2,000円徴収する。徴収が困難な場合は、地域在宅医療支援センター受託実習管理委員会で審議の上、地域在宅医療支援センター運営会議の承認を得る。

10. 医療安全報告

- 10.1 当事者が実習生となるニアミス・ミス等が発生した場合は、相澤病院の医療安全報告規程に基づき報告をする。
- 10.2 実習生は、事故報告書＜実習生用＞（指定様式8）を記載し、実習担当責任者に提出する。
- 10.3 実習担当責任者は、当該事例を医療安全管理者へ報告する。
- 10.4 医療安全管理者は当該事例を受託実習管理委員会へ報告する。

11. その他

- 11.1 この規程に定めるもの以外で受託実習生について必要な事項は、地域在宅医療支援

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 | 最終施行日：2023/9/1 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 | 次回更新日：2025/9/1 |

センター受託実習管理委員会で検討し、地域在宅医療支援センター運営会議で決定する。

- 11.3 実習担当責任者は、オリエンテーション時の記録用紙（指定様式5）を人事部へ提出し、人事部は3年間保管とする。

12. 改善計画

- 12.1 改善計画は、地域在宅医療支援センター受託実習管理委員会で立案し、地域在宅医療支援センター運営会議で決定する。

13. 改善計画の実施

- 13.1 改善計画は、地域在宅医療支援センター長の承認を得て実施する。

14. 参考

なし

15. 関連規程

- 15.1 慈泉会個人情報保護規程
- 15.2 慈泉会情報資産保護管理規程
- 15.3 地域在宅医療支援センター電子カルテのアクセス権限規程
- 15.4 医療安全報告規程

16. 添付

- 16.1 地域在宅医療支援センター実習（見学）受託許可願い（指定様式1）
- 16.2 健康診断書（指定様式2「form2 HEARTH CERTIFICATE」）
- 16.3 実習委託契約書（指定様式3）
- 16.4 実習生オリエンテーション（指定様式4）
- 16.5 オリエンテーション受講記録表（指定様式5）
- 16.6 医療情報院外持出申請書（指定様式6）
- 16.7 実習生等受入実績報告書（指定様式7）
- 16.8 事故報告書（実習生用）（指定様式8）



| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 |

(指定様式 1)

年　月　日

社会医療法人財団 慈泉会 地域在宅医療支援センター
センター長 殿

地域在宅医療支援センター実習（見学）受託許可願い（新規・継続）

受託実習管理委員会において審議した結果、下記のとおり受託致したく、ご許可くださいますよう申請致します。

記

I. 医療関係機関 _____

II. 職種 _____

III. 人数 _____

IV. 実習（見学）期間 年　月　日～年　月　日（　日間）

V. 実習（見学）希望内容 _____

VI. 実習担当責任者 _____ 印 _____

部門等 _____

VII. 実習担当者 _____ 印 _____

部門等 _____

VIII. 確認事項

①実習生等の感染対策 グレードA · グレードB

②グレードBの場合、追加検査項目 有 · 無
(項目) _____

③委託料の有無 有 · 無
委託料 _____

④実習修了証明書の有無 有 · 無

⑤カルテ閲覧（ID発行）希望 有 · 無
(実習生が単独でカルテ閲覧が必要な場合のみ)

* ID発行希望の場合は受託実習管理委員会事務局より医療情報管理委員会に申請を行う

以上

【センター長・受託実習管理委員会承認欄】

(指 示 事 項

| | | |
|----------|--------------|----|
| センター長承認欄 | 受託実習管理委員会承認欄 | 等) |
| (　／　) | (　／　) | |



| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 | 最終施行日：2023/9/1 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 | 次回更新日：2025/9/1 |

Form 2

To: Aizawa Community&Home Care Support Center

HEALTH CERTIFICATE

(Date of Examination)

(Name)

(Sex)

(Date of Birth)

| Items Examined | | Examination Results | Date of Blood Test |
|-----------------------|---|---------------------|--------------------|
| QFT Tuberculosis Test | | + - | |
| HBs Antigen | | + - | |
| HBs Antibody | | + - | |
| HCV Antibody | | + - | |
| Measles Antibody | | + - | |
| Rubella Antibody | | + - | |
| Mumps Antibody | | + - | |
| Varicella Antibody | | + - | |
| Chest X-ray | X-ray Results | | Date |
| |  | | |
| Physical Examination | | | |

I hereby certify that the above findings are correct, and show no abnormalities that may interfere with the pursuit of a fellowship program.

(Month Date, Year)

(Physician's Name)

(Affiliation)

(Signature)



| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 | 最終施行日：2023/9/1 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 | 次回更新日：2025/9/1 |

(指定様式 3)

実習委託契約書

と、
社会医療法人財団慈泉会 地域在宅医療支援センター長 相澤 克之との間に、次の条項により実習生委託に関する契約を締結する。

(目的)

第1条 この契約は_____(以下「甲」という)が、
地域在宅医療支援センターの協力を得て、学生等の地域在宅医療支援センター実習
を期することを目的とする。

(責任範囲)

第2条 甲は地域在宅医療支援センターに対し、地域在宅医療支援センター実習にかかる
協力を委託し、地域在宅医療支援センターはこれを受託する。

2 前項の地域在宅医療支援センターの実施に当たって、事故等不測の事態が生じた場合は、甲の長及び地域在宅医療支援センター長が協議し、これを解決するものとする。

(実習担当者)

第3条 実習生の指導を行うため、実習担当科の長は、主として指導に当たる実習担当者
を指名する。

(実習方法)

第4条 地域在宅医療支援センターにおける実習方法等については、あらかじめ両者が協
議の上、定めるものとする。

(実習委託料)

第5条 指導に要する費用として必要がある場合は、実習委託料を徴収することがある。

(諸規則の遵守)

第6条 実習生は地域在宅医療支援センターにおける諸規則を遵守しなければならない。

2 実習生は、前項の規定に違反し、または実習生としてふさわしくない行為があったときは、地域在宅医療支援センター長は受託実習を停止させ、または第2条第1項の受託を取り消すことができる。

(協議連絡)

第7条 この契約書に定めていない事項については、甲の長及び地域在宅医療支援センタ
ー長をそれぞれの代表者として、協議及び連絡を行うものとする。

(協定期間)

第8条 この契約の期間は 年 月 日から 年 月 日までとする。

本契約の成立を証するため、本書2通を作成し、記名押印の上、双方で各1通を保有する。

年 月 日

印

社会医療法人財団慈泉会
地域在宅医療支援センター センター長 相澤 克之 印



| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 | 最終施行日：2023/9/1 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 | 次回更新日：2025/9/1 |

(指定様式 4)

社会医療法人財団 慈泉会

地域在宅医療支援センター 実習生オリエンテーション

■対象者：実習生用（学生及び医療関係機関）

利用者とその家族、医療従事者、およびご本人の安全確保のため、以下の点につきまして十分にご理解の上、慈泉会ならびに地域在宅医療支援センター諸規則と併せて遵守いただきますようお願いいたします。

【地域在宅医療支援センターミッション】

- ・私達は、在宅で療養する人々の尊厳と自立を尊重し、良質な医療・介護・福祉サービスを提供する
- ・私達は、かかりつけ医や関連機関と密接な連携を図り、地域在宅医療支援センターの総合力を生かし、在宅療養を支撐することで住み慣れた場所で安心して暮らせる地域創りをす
- ・私達は、医療・介護・福祉の専門家として質向上と人材育成に真摯に取り組み、地域の皆様へ安全で信頼できるサービスを提供する

【実習心得】

- ・実習時間中は、実習担当科（課）の長に従って下さい。
- ・実習中は、派遣元の学校等の名札を着用する。ただし、名札を所持していない場合は、当院用の名札を着用して下さい。
- ・施設内外問わず事故が発生した場合には、速やかに担当科（課）の長に報告をお願いします。
- ・欠席、遅刻及び早退は、あらかじめ実習担当科（課）の長に申し出て許可を得て下さい。
- ・実習場所が利用者の自宅であることをきちんと認識し、他人、特に利用者とその家族に対し不快感を与えるような態度、言動などには、十分注意して対応をお願いします。
- ・実習中、地域在宅医療支援センターの体面を傷つける行為があった場合は、実習を取り消すことがあります。
- ・実習中、協病のため病院において受診する場合は、原則として、一般患者と同じ扱いとしますので、ご了承下さい。
- ・貴重品の持ち込みは、最悪限に留め、自己管理において管理をお願いします。

【感染対策】

- ・頭痛、咳、下痢、嘔吐、発熱等の症状がある場合は、流行性の病気にかかっている可能性があるので、実習の可否を事前にお問い合わせ下さい。
- ・実習期間中ににおいて、頭痛、発熱、咳、腹痛、嘔吐、下痢、発疹等の症状が出た場合は、責任者である実習担当科（課）の長に速やかに報告するとともに指示に従って下さい。
- ・健常人には問題ない菌でも、抵抗力、免疫力が低下した利用者には感染することがあります。あなたが病原菌を持ち込まないために、そして自分自身を感染から守るために、液体石鹼と流水で十分に手を洗い、アルコール手消毒剤を使用して、手指を消毒してください。
- ・感染防止のための個人防護具として、実習指導者の指示に従い、手袋、マスク、エプロン、ガウンを適切に使用してください。

【秘密保持】

- ・次に掲げる情報について、慈泉会の定めた内部規定その他マニュアルに従い管理・使用・開示し、内外を問わずその目的以外の使用、開示、漏洩をしない。
- ① 業務上、職務上知り得た利用者または職員と、その家族の個人情報及び診療情報
- ② 秘密である旨明示された情報
- ③ 社会通説上秘密であることが明白な情報

【防災関連】

- ・火災や地震などの非常時には、非常放送でお知らせします。あわてずに職員の指示・誘導に従って避難してください。
- ・避難の際は、エレベーターを使用せず、階段を使用してください。
- ・火災で、煙の中を避難するときには、体を低くして、手ぬぐい（ハンカチ）などを濡らして鼻や目を覆ってください。

【その他】

- ・施設内および敷地内は禁煙となっておりますので、ご協力をお願いいたします。
- ・訪問車両による移動の際は、職員とともに道路・交通状況の把握等、安全運転にご配慮をお願いいたします。
- ・ドアが急に開くことがありますので、通行の際はご注意ください。
- ・雨の日など、訪問先や利用者宅等の廊下を塗らずといった迷惑がかかるよう配慮をお願いします。
- ・利用者の身体状況や道路事情等によって、実習施設への帰着時間等が遅れる可能性があります。予め、ご承知おきください。
- ・実習期間中は、原則、公共交通機関を利用して下さい。やむを得ない事情がある場合は、各実習担当科（課）長へご相談下さい。
- ・担当科（課）における業務・実習内容（プログラム）等に関するオリエンテーションを必ず受けください。
- ・その他、各部署における規則およびオリエンテーション内容につきましても遵守願います。

以上

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 | 最終施行日：2023/9/1 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 | 次回更新日：2025/9/1 |

(指定様式 6)

(実習生用)

医療・介護情報院外持出申請書

私（実習生）は、慈泉会および地域在宅医療支援センター規定に基づき、院外持出を許可されたデータについて使用範囲のみに使用することを約束いたします。

| | | |
|------------------|-------------------------|---------|
| 申請日 | 年 月 日 | |
| 実習生氏名 | [筆名または既存名・押印] | |
| 義成機関 (養成校) | | |
| 職種 | | |
| 実習期間 | 年 月 日 | ～ 年 月 日 |
| 使用目的 | レポート・報告書・学会発表 その他（ ） | |
| 患者ID・氏名 | 患者① | ID： 氏名： |
| | 患者② | ID： 氏名： |
| | その他 | |
| 持出内容 〔データ内容等〕 | | |
| ※持出資料 別紙添付可 | | |

* 実習担当責任者 記載欄

| | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ✓ 確認欄 | 個人情報確認項目（以下の内容が含まれていないこと） |
| | ・ 患者ID（匿名化されていれば可） |
| | ・ 氏名・生年月日・住所・電話番号・勤務先・学校 |
| | ・ 診療に直接関係のない機微な情報（思想・信条・宗教等） |
| | ・ その他、組み合わせ等により個人を特定できる情報 |
| 上記より医療情報の院外持出を許可する 年 月 日 | |
| (実習受入部門) _____ | |
| (実習担当責任者) _____ 印 | |

→ 提出・保管先：地域在宅医療支援センター受託実習管理委員会事務局



| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 | 最終施行日：2023/9/1 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 | 次回更新日：2025/9/1 |

(指定様式7)

実習生等受入実績報告書

| | | | | | |
|--------------|--|---------------------------------------|-----------|----|--|
| 医療関係機関名(依頼元) | | | | | |
| 実習担当者 | 事業所名 | 部署名 | | 氏名 | |
| 実習委託料内訳 | <input checked="" type="checkbox"/> 1日 | 円 | (1人) | | |
| | <input type="checkbox"/> 1時間 | 円 | (1グループ) | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| 請求書発行の必要有無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 | | | |

【実績詳細】

| | 月 日 | 実習時間数 (実質) | 実習人数 |
|----|-----|---------------|------|
| 1 | 月 日 | | |
| 2 | 月 日 | | |
| 3 | 月 日 | | |
| 4 | 月 日 | | |
| 5 | 月 日 | | |
| 6 | 月 日 | | |
| 7 | 月 日 | | |
| 8 | 月 日 | | |
| 9 | 月 日 | | |
| 10 | 月 日 | | |
| 11 | 月 日 | | |
| 12 | 月 日 | | |
| 13 | 月 日 | | |
| 14 | 月 日 | | |
| 15 | 月 日 | | |
| 16 | 月 日 | | |
| 17 | 月 日 | | |
| 18 | 月 日 | | |
| 19 | 月 日 | | |
| 20 | 月 日 | | |
| 21 | 月 日 | | |
| 22 | 月 日 | | |
| 23 | 月 日 | | |
| 24 | 月 日 | | |
| 25 | 月 日 | | |

| | 月 日 | 実習時間数 (実質) | 実習人数 |
|-----------|-----|---------------|------|
| 26 | 月 日 | | |
| 27 | 月 日 | | |
| 28 | 月 日 | | |
| 29 | 月 日 | | |
| 30 | 月 日 | | |
| 31 | 月 日 | | |
| 32 | 月 日 | | |
| 33 | 月 日 | | |
| 34 | 月 日 | | |
| 35 | 月 日 | | |
| 36 | 月 日 | | |
| 37 | 月 日 | | |
| 38 | 月 日 | | |
| 39 | 月 日 | | |
| 40 | 月 日 | | |
| 41 | 月 日 | | |
| 42 | 月 日 | | |
| 43 | 月 日 | | |
| 44 | 月 日 | | |
| 45 | 月 日 | | |
| 46 | 月 日 | | |
| 47 | 月 日 | | |
| 48 | 月 日 | | |
| 49 | 月 日 | | |
| 50 | 月 日 | | |
| 時間・人數(小計) | | 0.0 | 0.0 |
| 実習委託料(合計) | | - | - |

| 受託実習管理委員長 | 受託実習管理委員会事務局 | 実習担当責任者 |
|-----------|--------------|---------|
| (/) | (/) | (/) |



| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| 規程名：地域在宅医療支援センター受諾実習生に関する規程 | | 初回施行日：2023/9/1 |
| 規程番号：SS-028 | 規程立案者：地域在宅医療支援センター受託管理委員会議長 | 最終施行日：2023/9/1 |
| 版：第1版 | 決定者：センター運営会議議長 | 次回更新日：2025/9/1 |

(指定様式 8)

事故報告書＜実習生用＞

記載日 年 月 日 ()

■報告者情報

| | | | |
|------|-------|-----|-------|
| 養成機関 | | | |
| 実習生名 | | 職 種 | |
| 実習科目 | | | |
| 実習期間 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 |

■発生情報

| | | | |
|-------|--|------|--|
| 発 生 日 | | 発生時間 | |
| 発生場所 | | | |

■患者情報

| | | | | | |
|-----|--|------|---|-----|--|
| I D | | 患者年齢 | 歳 | 性 別 | |
| 氏名 | | 担当医 | | | |

■報告事例

| | |
|--------------------------|--|
| 出 来 事 | |
| 事故発生状況（具体的な状況・対応など詳細に記述） | |
| | |
| 事故後の対処と経過および今後の対策 | |
| | |

■医療安全推進室・受託実習管理委員会記載欄

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

| 受託実習管理委員長 | 医療安全推進室 | 実習担当責任者 | 報告者 |
|-----------|---------|---------|-------|
| (/) | (/) | (/) | (/) |

