**（実習科目名）　　実 習 説 明 書**

自治医科大学看護師特定行為研修における　　　（実習名称）　　　　　　　　　　にあたり、以下に示しました期間および研修生が、あなた（あるいはあなたのご家族）を｢受けもち」として受けもたせていただき、治療・特定行為に関する見学ならびに手技をさせていただくことをご同意くださいますようお願い申し上げます。なお、見学・手技に際しては以下のような考え方を基本として実習に臨むことにしております。看護師特定行為教育の必要性をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

受け持ち期間：

受けもつ際の基本的な考え方　　　　（説明を受け同意する項目に☑をしてください）

□　研修生が治療・特定行為に関する見学ならびに手技をする場合、指導医および研修生が事前に十分かつ分かりやすい説明を行い、あなた(あるいはあなたのご家族）の同意を得て行います。

□　研修生が治療・特定行為に関する見学ならびに手技をする場合、安全の確保を最優先とします。手技を行うに当たって、事前に十分な練習、ならびに技術試験を受けてから、指導者の指導下にて実施いたします。

□　患者・家族の方々は、実習に関する意見や質問があれば、いつでも指導者や看護師、相談窓口等にて直接尋ねることができます。

□　患者・家族の方々は、研修が行われることに同意した後でも、同意を取り消したり、研修生の治療・特定行為に関する見学ならびに手技を断ったりすることができます。断ったことを理由に診療上の不利益を受けることはありません。

□　研修生は、実習期間中あなたに必要な治療・特定行為に関する見学ならびに手技をするために必要な医療記録を閲覧させていただきます。実習を通して知りえたあなたやあなたのご家族に関する情報について、これを他者に漏らすことがないようプライバシーの保護に留意します。

説明日：　　　　年　　　月　　　日

自治医科大学看護師特定行為研修センター 　　研修生　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指導者　：

* 上記、内容の説明を受け、実習の受けもちを引き受けることを同意いたします。

署名日：　　　　　年　　　月　　　日

患者氏名：

代理同意人氏名：