（様式5）

臨床能力評価表

申請者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　評価日　　　年　　　月　　　日

評価者所属

評価者名　　　　　　　　　　　　　㊞

申請者との関係（いずれかに○）：　現在の上司　・　元上司　・　その他（　　　　　　　　　　　）

申請者と同じ職場であった時期と所属：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| コード | ケア能力 | そうしていない | 時々そうしていない | いつもそうしている |
| Ⅰ．アセスメントと症状への対応 |
| 1 | 精神症状のアセスメント | 1 | 2 | 3 |
| 2 | 身体症状のアセスメント | 1 | 2 | 3 |
| 3 | 精神症状への対応（副作用を含む） | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 身体症状への対応（副作用を含む） | 1 | 2 | 3 |
| Ⅱ．ケアリングの姿勢 |
| 5 | 話しかける | 1 | 2 | 3 |
| 6 | 添う（物理的な行為を援助する） | 1 | 2 | 3 |
| 7 | いたわり | 1 | 2 | 3 |
| 8 | 行動の指示 | 1 | 2 | 3 |
| Ⅲ．見守りと意思の確認 |
| 9 | 側にいる | 1 | 2 | 3 |
| 10 | 患者の不安の共有、言語化 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | 場所を選ぶ | 1 | 2 | 3 |
| 12 | 看護師の気持ち、感情を伝える | 1 | 2 | 3 |
| 13 | 意思の尊重 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | 決定を支持する | 1 | 2 | 3 |
| 15 | 待つ | 1 | 2 | 3 |
| 16 | 無理強いしない | 1 | 2 | 3 |
| 17 | 意思の確認・強化 | 1 | 2 | 3 |
| Ⅳ．現実志向の態度 |
| 18 | 集中力を高める | 1 | 2 | 3 |
| 19 | 現実感を高める | 1 | 2 | 3 |
| 20 | 機会の提供 | 1 | 2 | 3 |
| Ⅴ．柔軟性のある介入 |
| 21 | タイミングを図る | 1 | 2 | 3 |
| 22 | 刺激のコントロール | 1 | 2 | 3 |
| 23 | 患者が現実に目を向けられたことに対するフィードバック | 1 | 2 | 3 |
| 24 | 多彩なクリニカルジャッジメントを行う | 1 | 2 | 3 |
| 25 | 全体像に迫る | 1 | 2 | 3 |
| 26 | 看護師が自己を活用する | 1 | 2 | 3 |
| 27 | 柔軟なケアを提供する | 1 | 2 | 3 |
| 28 | その人らしさを把握し支える | 1 | 2 | 3 |

記入方法を参照し記載後厳封で提出すること。

（様式６）

|  |
| --- |
| ＊協会記入欄 |
| 審査番号 |
| 受付日 |
|  |
| 写真をはる位置6か月以内に撮影したカラー写真１．縦40mm　横30mm２．本人単身胸から上３．裏面のりづけ |

精神科認定看護師認定更新申請書

一般社団法人日本精神科看護協会　会長　殿

　私は、精神科認定看護師の更新を申請いたします。

　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な |  | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　）才 |
| 申請者氏名 | （自筆署名） |
| 会員種別 | 会員番号（　　　　　）・非会員 |
| 看護師免　許　証 | 登録年月日 | 登録番号 |
| 年　　　月　　　日 |  |
| 認定証 | 登 録 番 号 | 有　効　期　間 |
|  | 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 |
| 所属施設名 |  |
| 所属施設住所 | 〒 | 連絡先（施設・携帯・自宅） |
| TEL　　　（　　　） |
| 結果通知先住所 | （　施設　・　自宅　）〒 |

（様式７）

勤務状況証明書

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な |  |
| 更新者氏名 |  |
| 認定証 | 登録番号 | 有　効　期　間 |
|  | 自　　　年　　　月　　日至　　　年　　　月　　日 |
| 勤務施設名 |  |
| 勤務経験認定証取得後5年間 | 勤　務　期　間 | 診療科名・部門の特性・役職等 | 雇用形態 |
| 自　　　年　　　月　　　日至　　　年　　　月　　　日 |  | 常　勤非常勤 |
| 自　　　年　　　月　　　日至　　　年　　　月　　　日 |  | 常　勤非常勤 |
| 自　　　年　　　月　　　日至　　　年　　　月　　　日 |  | 常　勤非常勤 |
| * うち非常勤の時期を含む場合のみ記載

総計　　　　　時間 うち精神科看護経験 合計　　　時間 |
| 活動実績 | 役割指導力その他 |

　　上記に相違ありません。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

施 設 名

記載責任者　　役職名

　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

(自筆署名または押印)

＊直属の上司が記載し、記載者により厳封をすること（開封無効）。