

(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 _____ (印)

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	患者が現実的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)

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。

*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30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

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 至	年 月 日 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		常勤
	至 年 月 日		非常勤
	自 年 月 日		常勤
	至 年 月 日		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

印

(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)。