

保健師業務従事者届(令和4年12月31日現在)

※届出は、1人1枚(主たる業務)です。記入(例)は裏面にあります。

1. 太枠内を全て濃いめの鉛筆で記入してください。
2. 記載部分、選択部分の全てに記入もれがないか、再度チェックをおこなってください。

職種	保健所	整理番号
1		
記入不要		

ふりがな											生年月日	年齢	保健所で記入	
氏名						性別	1.男 2.女	1.令和 2.平成 3.昭和 4.西暦	年	月	日	歳		
住所													市町村コード	
免許の種類	登録番号						登録年月日			本人記入		免許のチェック		
* 1~4の有する免許全てを記載してください。 * 右につめて記入してください。														
1.保健師籍	厚生労働省(都道府県)第						号		年	月	日	1		
2.助産師籍	厚生労働省(都道府県)第						号		年	月	日	2		
3.看護師籍	厚生労働省(都道府県)第						号		年	月	日	3		
4.准看護師籍	都道府県 第						号		年	月	日	4		
主たる業務	* 2つ以上の免許を有する場合は、記入してください。 1. 保健師業務 2. 助産師業務 3. 看護師業務										本人記入	本人記入		

業務に 従事する 場所	所在地											施設コード
	名称											記入不要
	施設の種別	詳細項目(01~07該当者は選択のこと)										保健所で記入
	01. 病院	ア. 病棟 イ. 外来 ウ. その他						訪問看護部門(再掲)				
	02. 診療所	ア. 有床 イ. 無床										
	03. 助産所	(分娩の取扱いあり) ア. 開設者 イ. 従事者 ウ. 出張のみによる者 (分娩の取扱いなし) エ. 開設者 オ. 従事者 カ. 出張のみによる者										
	04. 訪問看護ステーション	ア. 管理者 イ. 従事者										
	05. 介護保険施設等	ア. 介護老人保健施設 イ. 介護医療院 ウ. 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) エ. 居宅サービス事業所 オ. 居宅介護支援事業所 カ. その他										
	06. 社会福祉施設	ア. 老人福祉施設 イ. 児童福祉施設 ウ. その他										
	07. 保健所、市町村又は都道府県	ア. 保健所 イ. 都道府県(アを除く) ウ. 市町村(アを除く)										
08. 事業所												
09. 看護師等学校・養成所又は研究機関												
10. その他												
雇用の形態	1. 正規雇用 2. 非正規雇用(1. 3に該当しない者) 3. 派遣(紹介予定派遣を含む)										常勤換算記入	
常勤換算	1. フルタイム労働者 2. 短時間労働者 (0.)人 ※記入例参照										本人記入	
従事期間等	1. 従事期間1年未満 (従事開始理由 ア. 新規 イ. 再就業 ウ. 転職 エ. その他) 2. 従事期間1年以上2年未満 (従事開始理由 ア. 新規 イ. 再就業 ウ. 転職 エ. その他) 3. 従事期間2年以上										従事開始理由	
現在の状況	1. 産前産後休暇中 2. 育児休暇中 3. 病休中 4. その他の休暇中											

看護師の特定行為 研修の修了状況	看護師の特定行為研修の修了の有無	1. 有 2. 無
	指定研修機関番号	

看護師の特定行為 研修の修了状況	特定行為区分 コード																															
	修了した特定行為区分	<table border="0"> <tr> <td>01. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連</td> <td>02. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連</td> </tr> <tr> <td>03. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連</td> <td>04. 循環器関連</td> </tr> <tr> <td>05. 心臓ドレーン管理関連</td> <td>06. 胸腔ドレーン管理関連</td> </tr> <tr> <td>07. 腹腔ドレーン管理関連</td> <td>08. ろう孔管理関連</td> </tr> <tr> <td>09. 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連</td> <td>10. 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連</td> </tr> <tr> <td>11. 創傷管理関連</td> <td>12. 創部ドレーン管理関連</td> </tr> <tr> <td>13. 動脈血液ガス分析関連</td> <td>14. 透析管理関連</td> </tr> <tr> <td>15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連</td> <td>16. 感染に係る薬剤投与関連</td> </tr> <tr> <td>17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連</td> <td>18. 術後疼痛管理関連</td> </tr> <tr> <td>19. 循環動態に係る薬剤投与関連</td> <td>20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連</td> </tr> <tr> <td>21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連</td> <td></td> </tr> </table>										01. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連	02. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	03. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	04. 循環器関連	05. 心臓ドレーン管理関連	06. 胸腔ドレーン管理関連	07. 腹腔ドレーン管理関連	08. ろう孔管理関連	09. 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	10. 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	11. 創傷管理関連	12. 創部ドレーン管理関連	13. 動脈血液ガス分析関連	14. 透析管理関連	15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	16. 感染に係る薬剤投与関連	17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	18. 術後疼痛管理関連	19. 循環動態に係る薬剤投与関連	20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連
01. 呼吸器(気道確保に係るもの)関連	02. 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連																															
03. 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	04. 循環器関連																															
05. 心臓ドレーン管理関連	06. 胸腔ドレーン管理関連																															
07. 腹腔ドレーン管理関連	08. ろう孔管理関連																															
09. 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	10. 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連																															
11. 創傷管理関連	12. 創部ドレーン管理関連																															
13. 動脈血液ガス分析関連	14. 透析管理関連																															
15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	16. 感染に係る薬剤投与関連																															
17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	18. 術後疼痛管理関連																															
19. 循環動態に係る薬剤投与関連	20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連																															
21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連																																
修了した領域別 パッケージ研修	1. 在宅・慢性期領域	2. 外科術後病棟管理領域	3. 術中麻酔管理領域																													
	4. 救急領域	5. 外科系基本領域	6. 集中治療領域																													

記入例

保健師業務従事者届(令和4年12月31日現在)

※届出は、1人1枚(主たる業務)です。記入(例)は裏面にあります。
 1. 太枠内を全て濃いめの鉛筆で記入してください。
 2. 記載部分、選択部分の全てに記入もれがないか、再度チェックをおこなってください。

該当する番号に○をつける。

令和4年12月31日現在の満年齢

番地、棟、アパート名、番号まで記入する。

籍の登録は厚生労働省か都道府県のどちらか。(重複はない。)該当する免許を○で囲む。

保有する全ての免許を○で囲む。

また、右側の免許のチェック欄にも○をつける。

※免許を保有しない箇所は、斜線をする。

2つ以上の免許を有する場合は、主たる業務を選択する。

施設の種別を選択する。01~07の該当者は、各詳細項目を選択する。

雇用の形態のいずれかを選択する。(全員選択)

1または2のどちらかを選択する。

2を選択した者は、記入要領を参照し、常勤換算を記入する。(例)0.4の場合は、右の常勤換算記入欄に04と記入する。

従事期間の考え方

①同一の者が設置する施設間の異動・転動はそれらで従事した年数の合計を従事期間とする。
 ②法人の合併等により、設置者の変更のみがあった場合も、それらで従事した年数の合計を従事期間とする。
 ③同敷地内であっても、医療法人立の病院と社会福祉法人立の特養ホームとの間の異動は従事期間として合算しない。

修了した特定行為区分のコードを○で囲む。

修了した特定行為区分のコードを上段左側から順にすべて記入する。修了した領域別パッケージ研修に含まれる特定行為区分についても記入すること。該当しない者は、斜線をする。

特定行為研修修了証に記載されている領域を記入すること。該当しない者は、斜線をする。

特定行為研修修了証に記載されている指定研修機関番号を記入する。該当しない者は、斜線をする。

職種	保健師	整理番号	1
氏名	宮崎 みどり	性別	1.男 ②.女
生年月日	39年10月1日	年齢	58
住所	宮崎県宮崎市橋通東2丁目10番1号 県庁アパート101号		
免許の種類	登録番号	登録年月日	免許のチェック
①.保健師籍	厚生労働省(都道府県)第 18000号	2年1月4日	1.令和 2.平成 3.昭和 4.西暦
②.助産師籍	厚生労働省(都道府県)第 号	年 月 日	1.令和 2.平成 3.昭和 4.西暦
③.看護師籍	厚生労働省(都道府県)第 112200号	3年60月5日	1.令和 2.平成 3.昭和 4.西暦
④.准看護師籍	宮崎 都道府県 第 14000号	3年58月6日	1.令和 2.平成 3.昭和 4.西暦
主たる業務	*2つ以上の免許を有する場合は、記入してください。 ①.保健師業務 2.助産師業務 3.看護師業務		
所在地	宮崎市北高松町5番30号 (ゴム印使用可) Tel:(0985)24-4181		
名称	県立宮崎病院		
施設の種別	01	詳細項目(01~07該当者は選択のこと)	イ
01.病院	ア.病棟 ①.外来 ウ.その他	訪問看護部門(再掲)	○
02.診療所	ア.有床 イ.無床		
03.助産所	(分娩の取扱いあり) ア.開設者 イ.従事者 ウ.出張のみによる者		
04.訪問看護ステーション	ア.管理者 イ.従事者		
05.介護保険施設等	ア.介護老人保健施設 イ.介護医療院 ウ.指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)		
06.社会福祉施設	ア.老人福祉施設 イ.児童福祉施設 ウ.その他		
07.保健所、市町村又は都道府県	ア.保健所 イ.都道府県(アを除く) ウ.市町村(アを除く)		
08.事業所			
09.看護師等学校・養成所又は研究機関			
10.その他			
雇用の形態	1.正規雇用 ②.非正規雇用(1.3に該当しない者) 3.派遣(紹介予定派遣を含む) 2		
常勤換算	1.フルタイム労働者 ②.短時間労働者 (0.4)人 ※記入例参照 2		
従事期間等	①.従事期間1年未満 (従事開始理由 ア.新規 ①.再就業 ウ.転職 エ.その他) 1		
	2.従事期間1年以上2年未満 (従事開始理由 ア.新規 イ.再就業 ウ.転職 エ.その他) 従事開始理由		
	3.従事期間2年以上 1		
現在の状況	1.産前産後休暇中 2.育児休暇中 3.病休中 4.その他の休暇中		
看護師の特定行為研修の修了状況	看護師の特定行為研修の修了の有無 ①.有 2.無 1		
指定研修機関番号	0 1 2 3 4 5 6		
特定行為区分コード	0 1 0 7		
修了した特定行為区分	①.呼吸器(気道確保に係るもの)関連 02.呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 03.呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 04.循環器関連 05.心臓ドレーン管理関連 06.胸腔ドレーン管理関連 ⑦.腹腔ドレーン管理関連 08.ろう孔管理関連 09.栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連 10.栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連 11.創傷管理関連 12.創部ドレーン管理関連 13.動脈血ガス分析関連 14.透析管理関連 15.栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 16.感染に係る薬剤投与関連 17.血糖コントロールに係る薬剤投与関連 18.術後疼痛管理関連 19.循環動態に係る薬剤投与関連 20.精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 21.皮膚損傷に係る薬剤投与関連		
修了した領域別パッケージ研修	1.在宅・慢性期領域 2.外科術後病棟管理領域 3.術中麻酔管理領域 4.救急領域 5.外科系基本領域 6.集中治療領域		

届出者住所の市町村コードを記入する。

和暦を選択し、年月日の数字を記入すること。登録年月日は、再交付日や書換交付日ではない。

厚生労働省・都道府県コード 登録場所コード

登録場所コードは、「厚生労働省」または、「都道府県コード」のいずれか、届出者のコードではない。

該当する番号を記入する。

病院又は診療所に従事する者で、主たる業務内容が訪問看護部門の場合は、枠内に○を記入し、該当しない場合は、斜線をする。

分娩の取扱いの実績の有無に関わらず、現在、分娩の依頼に応じることができる体制がある場合は、「分娩の取扱いあり」を選択すること。

従事期間の1~2の該当者は、「従事開始の理由」を選択する。また、3の該当者は、「従事開始の理由」に斜線をする。

フルタイム労働者は、記入せず、斜線をする。

常勤換算記入

従事開始の理由の考え方

「新規」とは、免許取得後、初めて看護師等として従事した場合(ただし、2以上の免許を有する場合は、最初の免許を取得後に従事した場合とす。)を指す。

「再就業」とは、従事開始前1年間に看護師等として従事していない場合(ただし「新規」を除く)を指す。

「転職」とは、従事開始前1年間に看護師等として従事したことがある場合を指す。

「その他」とは、再就業、転職、新規に該当しない場合を指す。

参考:「再就業」として取り扱う者 既卒者で看護師等以外の業務に従事するなど、一定期間、看護師等業務に従事していなかった者

1~4の該当者は番号を記入し、該当しない者は斜線をする。

令和4年12月31日現在で「特定行為研修修了証」が交付されている場合のみ「1.有」を選択すること。