様式第５号

薬剤投与・静脈路確保実習報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 実習生所属名 |  |
| 実習生氏名 |  |
| 実習期間  （実習時限） | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日  （　　　　　　時限） |
| 薬剤投与実習結果 | 症例 |
| 静脈路確保の同意  に関する結果 | 説明患者数：　　　　　　人  同意患者数：　　　　　　人 |
| 静脈路確保実習結果 | アドレナリン投与実施患者数：　　　　　　　例  静脈路確保施行患者数：　　　　　　　　　　例 |
| 実習医療機関名 |  |
| 実習責任医師名 |  |