

保健師、助産師、看護師、准看護師 業務従事者届

・裏面の注意事項を参照の上、令和6年12月31日現在の内容を記載してください
 ・太枠内のみ記載し、選択する項目は、該当する文字又は数字を○で囲んでください

※ナンバリング

ふりがな	性別		生年月日		
氏名	1. 男	1. 令和 2. 平成 3. 昭和 年 月 日			
	2. 女	(令和6年12月31日現在 歳)			
住所	都道府県				
メールアドレス					
免許の種類	登録先 < > の欄は旧規則での 免状保有者のみ記載	登録番号 (登録番号を右詰で記載)	登録年月日 (元号を選択し、年月日を右詰で記載)		
保健師籍	厚生労働省< 都道府県>	第 号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和	年	月 日
助産師籍	厚生労働省< 都道府県>	第 号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和	年	月 日
看護師籍	厚生労働省< 都道府県>	第 号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和	年	月 日
准看護師籍	()都道府県免許	第 号	1. 令和 2. 平成 3. 昭和	年	月 日
主たる業務 を1つ選択	1. 保健師業務 2. 助産師業務 3. 看護師業務 4. 准看護師業務				
業務に従事する場所を1つ 選択し、 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 病院 2 診療所 (<input type="checkbox"/> ア 有床 <input type="checkbox"/> イ 無床) 3 助産所 *分娩の取扱いあり (<input type="checkbox"/> ア 開設者 <input type="checkbox"/> イ 従事者 <input type="checkbox"/> ウ 出張のみによる者) 助産所 *分娩の取扱いなし (<input type="checkbox"/> ア 開設者 <input type="checkbox"/> イ 従事者 <input type="checkbox"/> ウ 出張のみによる者) 4 訪問看護ステーション (<input type="checkbox"/> ア 管理者 <input type="checkbox"/> イ 従事者) 5 介護保険施設等 (<input type="checkbox"/> ア 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> イ 介護医療院 <input type="checkbox"/> ウ 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)) (<input type="checkbox"/> エ 居宅サービス事業所 <input type="checkbox"/> オ 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> カ その他) 6 社会福祉施設 (<input type="checkbox"/> ア 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> イ 児童福祉施設 <input type="checkbox"/> ウ その他) 7 保健所、都道府県または市区町村 (<input type="checkbox"/> ア 保健所 <input type="checkbox"/> イ 都道府県(アを除く) <input type="checkbox"/> ウ 市区町村(アを除く)) 8 事業所(<input type="checkbox"/> ア 事業所内診療所 <input type="checkbox"/> イ その他) <input type="checkbox"/> 9 看護師等学校養成所又は研究機関 <input type="checkbox"/> 10 その他				
(上記で選択した 従事場所について 記載及び選択)	所在地	市 町 電話番号 (- -)			
	名称				
	雇用形態	1 正規雇用 2 非正規雇用 (「1」又は「3」に該当しない者) 3 派遣 (紹介予定派遣を含む。)			
	常勤換算 【2】を選択した場合は、換算値を記載】	1 フルタイム労働者 2 短時間労働者 → 常勤換算 (0. ____ 人) ※常勤換算は、裏面注意事項を参照し、《1週間当たりの労働時間÷1週間当たりの所定労働時間》で算出してください。			
「ア 新規」とは、 免許取得後初めて 業務に従事する場合 を指します。	従事期間等 【1、2に該当する場合は カッコ内の内訳を選択】	1 従事期間1年未満 内訳を選択 → (従事開始の理由 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 内訳を選択 → (従事開始の理由 ア 新規 イ 再就業 ウ 転職 エ その他) 3 従事期間2年以上			
	特定行為研修の修了の有無	1. 有 2. 無			
	指定研修機関番号 【特定行為研修修了証に 記載されている番号を記入】				
看護師の 特定行為研修 の修了状況	修了した特定行為区分 (該当する全ての番号を選択してください。)				
	1 呼吸器 (気道確保に係るもの) 関連	12 創部ドレーン管理関連			
	2 呼吸器 (人工呼吸療法に係るもの) 関連	13 動脈血液ガス分析関連			
	3 呼吸器 (長期呼吸療法に係るもの) 関連	14 透析管理関連			
	4 循環器関連	15 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連			
	5 心臓ドレーン管理関連	16 感染に係る薬剤投与関連			
6 胸腔ドレーン管理関連	17 血糖コントロールに係る薬剤投与関連				
7 腹腔ドレーン管理関連	18 術後疼痛管理関連				
8 ろう孔管理関係	19 循環動態に係る薬剤投与関連				
9 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	20 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連				
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	21 皮膚損傷に係る薬剤投与関連				
11 創傷管理関係					
修了した領域別パッケージ研修 (該当する全ての番号を選択してください。)					
1 在宅・慢性期領域	4 救急領域				
2 外科術後病棟管理領域	5 外科系基本領域				
3 術中麻酔管理領域	6 集中治療領域				

★★ !裏面に続きます! ★★

広島県独自設問項目（オンライン届出でもこの項目は表示されます）

設問

現在、訪問看護の業務に従事していない方にお聞きします。

将来的に訪問看護のニーズは高まっていくことが予想されますが、今後、訪問看護の業務に従事したいと考えていますか？

該当する数字を1～9より1つ選択し、○で囲んでください。

- 1 考えていない
- 2 既に転職活動を始めている（又は転職先が決まった）
- 3 従事したいが、従事できるところがない
- 4 従事したいが、ひとりで訪問することに不安を感じていて踏み出せない
- 5 従事したいが、経験不足からくる不安を感じていて踏み出せない
- 6 従事したいが、在宅という特殊な環境に不安を感じていて踏み出せない
- 7 従事したいが、待遇面（給料・休暇）に不安を感じていて踏み出せない
- 8 従事したいが、体力的な面に不安を感じていて踏み出せない
- 9 従事したいが、新人教育をしてもらえるかに不安を感じていて踏み出せない

回答事項は以上です。紙で提出の場合は各市町の担当窓口へ、令和7年1月15日までに届け出てください。

注意事項

免許の種類	○保有する全ての免許について記載してください。
登録年月日	○免許の登録を受けた年月日を記載してください。 ○書換又は再交付を受けた日ではありません。
主たる業務	○保健師免許、助産師免許及び看護師免許のうち2以上の免許を保有している場合は、その主たる業務の1つについて記載してください。 例1 保健師と看護師の免許を保有し、病院等の医療機関に就業している場合において、 ・健康相談部門等で主に保健指導に従事 ⇒ 1(保健師業務)を選択 ・外来・病棟等で主に療養上の世話や診療の補助に従事 ⇒ 3(看護師業務)を選択 例2 助産師と看護師の免許を保有し、助産師として医療機関に就業したが、現在、内科等での看護師業務に従事 ⇒ 3(看護師業務)を選択
業務に従事する場所	○2以上の場所において業務に従事している場合は、その主たるもの1つについて記載してください。 ○事業所内に設置された診療所は、「2 診療所」ではなく、「8のア 事業所内診療所」を選択してください。 ○助産所において、分娩取扱いの実績の有無に関わらず、娩の依頼に応ずる体制がある場合には、「分娩の取扱いあり」の項目を選択してください。 ○「5 介護保険施設等」は、「1 病院」、「2 診療所」及び「4 訪問看護ステーション」に該当するものを除きます。 ○「6 社会福祉施設」は、「1 病院」から「5 介護保険施設等」までに該当するものを除きます。
雇用形態	○「1 正規雇用」とは、施設が直接雇い入れた者であって、契約期間が限定されていない者を指します。 ○「2 非正規雇用」とは、パートタイマー、アルバイト、準社員、嘱託、臨時職員などの名称にかかわらず、「1 正規雇用」及び「3 派遣(紹介予定派遣を含む)」に該当しない者を指します。 ○「3 派遣(紹介予定派遣を含む)」とは、派遣会社から派遣されている者を指します。
常勤換算	雇用形態にかかわらず、次により記載してください。 ○「1 フルタイム労働者」とは、1週間の所定労働時間が40時間程度（1日8時間・週5日勤務等）の者を指します。 ○「2 短時間労働者」とは、フルタイム労働者と比較して、1週間の所定労働時間が短い者を指します。 ○「2 短時間労働者」を選択した場合は、（ ）内に常勤換算した数値を記入してください。この場合、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位で記入しますが、0.1に満たない場合は0.1と記入してください。 【例】フルタイム労働者の1週間の所定労働時間が40時間で、 1日5時間、週3日勤務（5時間×3日＝15時間）の場合 $15 \div 40 = 0.375$ 人 ⇒ 0.4人（小数点以下第2位を四捨五入）
従事期間等	○「従事期間」は、現在従事している場所での連続した従事期間を指します。ただし、従事場所に変更があった場合でも、同一の者が設置する施設・事業所間の異動・転勤に伴う場合や設置者の相続・合併等による設置者の変更のみの場合等は、従事場所の変更がなかったものとして記載してください。
従事開始の理由	○「ア 新規」とは、免許取得後初めて保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事した場合（ただし、2以上の免許を有する場合、最初の免許を取得後に従事した場合とする。）を指します。 ○「イ 再就業」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事していない場合（ただし、「ア 新規」を除く）を指します。 ○「ウ 転職」とは、現在の就業場所に従事開始前1年間に保健師、助産師、看護師又は准看護師として従事したことがある場合を指します。 ○「エ その他」とは、「ア 新規」、「イ 再就業」及び「ウ 転職」に該当しない場合を指します。
看護師の特定行為研修の修了状況	○「特定行為研修修了証」が交付されている場合は「1 有」を○で囲み、「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載し、修了した特定行為区分及び領域別パッケージ研修の名称の全てを○で囲んでください。 ○特定行為研修を受講していない場合（指定研修機関において受講中又は受講したものであっても、指定研修機関から「特定行為研修修了証」が交付されていない場合も含む。）は、「2 無」を○で囲んでください。 ○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は、「修了した特定行為区分」の欄においても○で囲んでください。