

送信票は付けず、このまま送信して下さい。  
 三島共立病院 学生担当：小黒 行き FAX 055-973-0883

看護体験申し込み用紙

年 月 日

ふりがな	男【 <input type="checkbox"/> 】	生年月日		
氏名	女【 <input type="checkbox"/> 】	年 月 日		
学校名	学校	科 年生		
〒 -				
現住所	( )			
〒 -				
帰省先	( )			
E-Mail	@			
看護体験を希望する院所・診療所 院所名：( )	実習経験・看護体験の有無 無【 <input type="checkbox"/> 】 / 有【 <input type="checkbox"/> 】・どこで? 場所: _____			
希望日時 月 日 ~ 月 日まで 日間 実習可能時間 ( 時 ~ 時までの間)	宿泊の希望 無【 <input type="checkbox"/> 】 / 有【 <input type="checkbox"/> 】:( 月 日 ~ 月 日)			
1) この看護体験を何で知りましたか? ( )				
ダイレクトメール【 <input type="checkbox"/> 】 / 家族、友人などからの紹介【 <input type="checkbox"/> 】 / 学校の掲示【 <input type="checkbox"/> 】 / ホームページ【 <input type="checkbox"/> 】 病院の外来掲示【 <input type="checkbox"/> 】 / その他【 <input type="checkbox"/> 】( )				
2) 今回の看護体験での希望や抱負をご記入ください。				
3) 学校で学んだことをチェックしてください。 実習体験した... / 学科として学んだ... / 学んでいない... x				
シーツ交換	入浴介助	尿便器の処理	清 拭	蒸しタオル
環境整備	陰部清拭	看護記録*	排尿介助	便器使用
口腔ケア	血圧測定	経管栄養*		尿器使用
洗髪介助	カフアレス	膀胱洗浄*	C T見学	
食事介助	呼吸法	点滴の抜去*	胃瘻見学	
バイタルチェック	点滴の管理	ストレッチャーでの移動	胃カメラ見学	
酸素吸入法	車椅子での移動	ストレッチャーへの移動	エコー見学	
採血法	オムツ交換	導尿	嚥下造影見学	
体位変換	足浴・手浴	コミュニケーション	訪問看護実習	
寝衣交換	爪切り		デｲザﾞビｽ 見学・体験	

送信票は付けず、このまま送信して下さい。  
 三島共立病院 学生担当：小黒 行き FAX 055-973-0883

看護体験申し込み用紙

4) 今回の体験で体験・見学希望することに をしてください。

\*のマークがついている項目は見学になります。

その他の希望がありましたら、2)の欄か、5)にお書き下さい。

シーツ交換		入浴介助		尿便器の処理		清拭	蒸しタオル
環境整備		陰部清拭		看護記録*		排尿介助	便器使用
口腔ケア		血圧測定		経管栄養*			尿器使用
洗髪介助		カンファレンス*		膀胱洗浄*		CT見学	
食事介助		呼吸法*		点滴の抜去*		胃瘻見学	
バイタルチェック		点滴の管理*		ストレッチャーでの移動		胃カメラ見学	
酸素吸入法		車椅子での移動		ストレッチャーへの移動		エコー見学	
採血法*		オムツ交換		導尿*		嚥下造影見学(金曜のみ)	
体位変換		足浴・手浴		コミュニケーション		訪問看護 同行	
寝衣交換		爪切り				デｲザﾞビｽ 見学・体験	

5) 病院内の日常業務や、他職種に対しての質問などありましたらお書き下さい。

\* 上記内容につきましては、看護体験時のご連絡・企画等へのご案内などご本人とのご連絡以外には使用しません。