

2017年夏季 看護学生 看護体験申込書

(兼 個人情報の保護に関する誓約書)

2017年 月 日

(公財)横浜勤労者福祉協会

汐田総合病院 病院長 小澤 仁 殿

下記の通り看護体験に参加を申込みます。

なお、私は個人情報保護法第2章に基づき、貴院内において収集された個人情報、診療情報および診療記録に関し、適正な取り扱いに努めることを誓約いたします。

さらに、看護体験中に知り得た個人情報を守秘する事を誓約いたします

申込者署名

ふりがな 氏名	生年月日 19 年 月 日 才
学校名 学年 年 20 年卒業予定 コース種別 大学・短大・専門学校・進学コース・保健師・助産師 (〒 -)	
住所	
連絡先 ・自宅 () ・携帯電話 () 携帯メールアドレス ()	
1. オリジナル看護体験コース () A 急性期分野 () B 地域包括ケア分野 () C 回復期リハビリ分野 () D 在宅看護分野 () E 診療所分野 *手術室体験は、2日間以上体験する方に限ります 第1体験希望日 (/ ~ /) 日間 第2体験希望日 (/ ~ /) 日間 *一日のみも可	
2. 基礎看護技術コース () 平成29年7月26日(水) () 8月23日(水) * 初めての方はチェックをお願いします。 ① バイタルサイン () ② ベッドメイキング () ③全身清拭・更衣 () * オリジナル看護体験をご希望の方は、裏の体験内容希望リストを記入し一緒に送付してください。 * 公益財団法人横浜勤労者福祉協会汐田総合病院は、個人情報を適切に管理し、本人の了解なしに第三者に提供などいたしません。	

体験内容希望リスト

* 手術室体験は、2日間以上体験される方に限ります

記入方法「経験」欄 ○・・・実習等で経験し1人で出来る項目
 △・・・経験はあるが不安
 見・・・見学のみ
 ×・・・見学・経験なし
 ◎・・・今回経験したい項目

	項目	経験	今回希望	備考
1	全身清拭・更衣			
2	足浴・手浴			
3	洗髪			
4	口腔ケア			
5	食事準備			
6	食事介助			
7	経管栄養			
8	トイレ介助			
9	便器・尿器介助			
10	オムツ交換			
11	陰部洗浄			
12	車イス移乗			
13	車イス移動			
14	ストレッチャー移乗			
15	ストレッチャー移送			
16	環境整備			
17	シーツ交換			
18	バイタルサイン測定			
19	入院対応			
20	退院対応			
21	手術前後のケア(消化器外科系)			
22	手術前後のケア(脳・整形系)			
23	手術見学			
24	レクリエーション参加			

その他(体験してみたいことや、質問等をお書きください)