

ふれあい看護体験にご参加いただく方へ

*参加される皆様は、以下の点へのご注意と、ご協力よろしく申し上げます。

当日の体調管理

*当日は、健康チェックをしてから参加をお願いします。

別紙③「見学・研修前感染症チェック票」を記載しご持参下さい。

以下の症状がある場合、参加をお断りさせていただきます

- ・体温37度5分以上（体温測定は、朝起床時に測定してください）
- ・風邪症状がある場合（咳・のどの痛み など）
- ・消化器症状がある場合（下痢・嘔吐 など）
- ・その他、体調不良がある場合

身だしなみについて

*研修は白衣（白のワンピース）を着用します。

以下のものをご準備ください。

下着：肌色のロング丈のキャミソールまたはスリッパ（色・柄ありは禁）
白無地Tシャツは可

靴下：白いソックス（くるぶし丈程度）

靴：白色系のスニーカー・体育館用シューズ（カラフルのものは禁）

頭髮：肩よりも髪の毛が長い場合はアップにしてまとめます。

ヘアピンやヘアゴム、ヘア用ネット等をご持参ください。

その他：アクセサリは外してください。

個人情報について

- ・患者さんに関する情報は個人情報です。他の人には話さないでください。
- ・写真撮影・動画撮影は禁止です。
- ・スマートフォン・カメラはお持ち込みできません。

当日欠席の連絡について

- ・当日欠席される場合には、朝9時までに担当者までご連絡ください。

<担当者> 独立行政法人国立病院機構 東埼玉病院
副看護部長 森 由美子

〒349-0196 埼玉県蓮田市黒浜 4147
Tel 048-768-1161 Fax 048-769-5347

FAX 申込書

送付先

国立病院機構東埼玉病院

担当：副看護部長（森） 行

FAX：048-769-5347

ふれあい看護体験参加申込

所属校情報

所属校 _____

所属校 ご連絡先（電話番号） _____

看護体験ご担当者様ご氏名 _____

ご担当者様メールアドレス _____ (任意)
(質問・確認等がございましたらご連絡いたします)

参加者情報

参加者 ご氏名（ふりがな） _____

学年 _____ 性別 _____

白衣のサイズ ○で囲んでください (日頃着用している洋服サイズで構いません)

S M L LL その他のサイズ：(_____)

その他 確認・質問等ございましたらご記入ください

健康観察経過個人観察表

別紙③

		学校名：				氏名：				
	日付	測定時間	体温	呼吸器症状 (該当項目に○)	呼吸器以外の症状 (該当項目に○)	受診の有無	内服	処方薬剤名等	その他	確認印
1	7/16	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
2	7/17	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
3	7/18	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
4	7/19	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
5	7/20	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
6	7/21	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
7	7/22	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
8	7/23	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
9	7/24	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
10	7/25	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
11	7/26	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
12	7/27	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
13	7/28	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
14	7/29	時 分	℃	なし・鼻水・鼻閉・咽頭痛・咳・喀痰 その他 ()	なし・下痢・嘔吐・頭痛・関節痛・倦怠感 その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

* 実習開始の2週間前より健康チェックを開始してください。

* 健康チェック・検温は、2回/日（朝・夕）実施してください。

申告書

1 該当する項目すべてに□に“レ”を付けて下さい。

- 私は新型コロナウイルス感染者と濃厚接触していません。
- 私は実習開始日から遡って1か月以内に海外から帰国していません。
- 私は実習開始日から遡って1か月以内に通学时以外で県境をまたいだ移動は行っていません。
- 私は実習開始日から遡って1か月以内に複数で家庭や学校外での飲食を行っていません。
- 私は実習開始日から遡って1か月以内にコンサート、ライブハウスなど多人数が集まる施設・イベントに出かけていません。
- 私は実習開始日から遡って1か月以内に不特定多数と接触するアルバイトを行っていません。

2 1の質問でレを付けられなかった項目があれば、下記に理由を記して下さい。

上記に相違ありません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校名 _____ 学 年 _____ 年

署 名 _____