2022年度　大阪府訪問看護実践研修事業　教育ステーション事業

**訪問看護ステーション**

体験研修へ行こう

行こう

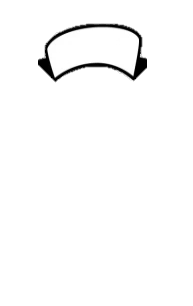
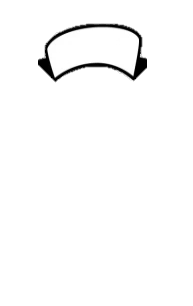
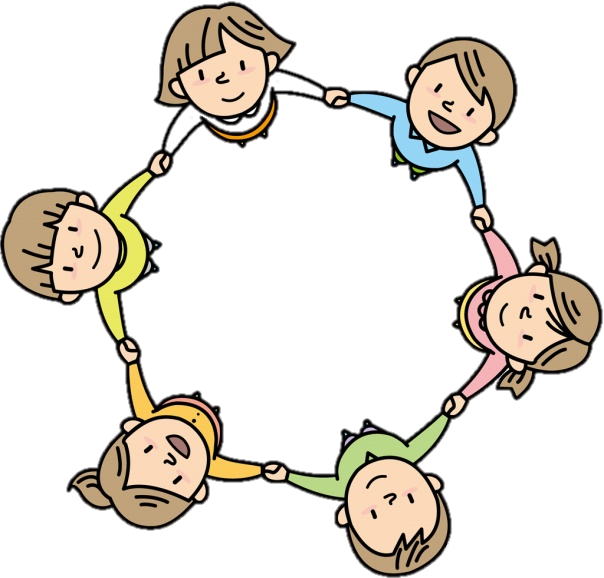
**まなぶ**

**つながる**

**たのしむ**

在宅へ帰った生活者としての

患者の実際を見てみよう！



**看護**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| コース | 日数 | 内容 |
| ちょっぴり  体験コース | 半日 | 訪問看護の実際をちょっぴり体験します |
| 基本コース | １日 | 退院調整や地域連携など行っている方など、訪問看護・看護小規模多機能を見学することで在宅での療養者の生活をよりイメージしやすくする為の体験実習 |
| 応用コース | ３日 | 基本コース　**＋**　 複数の訪問看護ステーション体験  専門性を深める訪問看護 |

▶受け入れ期間：5月～12月末

　 日程は相談に応じます。

　　3日間コースの場合は、連続でなくてもOKです。

▶対　象： 訪問看護に興味のある方全て

▶体験費用：

●難病疾患　　　　●呼吸器装着

●認知症、老々介護　　●ターミナル期

●小児の看護　　　●在宅での内服管理

●退院後の本人家族への在宅療養での指導

体験内容

**無料！**

　　～1日の流れ(例)～

8:30　 朝礼・ﾐﾆカンファレンス

9:00　 午前の訪問(1～2件)

≀

12:00　 　ランチタイム

13:00　午後の訪問(1～2件)

≀

16:00　終了

お疲れ様でした



病院から地域、地域から病院へ、切れ間ない看護を。在宅では自分達の看護がどう引き継がれているのか。

在宅療養の実際や訪問看護師がどこまでどんなケアをしているのかを知る。

お申し込みは裏面の申込書をFAXにてお送りください。



お気軽に

お問合せ

下さい♪

2022年度　三島ブロック教育ステーション

済生会茨木訪問看護ステーション　TEL:072-623-0500　担当　西森

2022年度　大阪府訪問看護実践研修事業　教育ステーション事業

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（体　験）実　習 申 込 書**20　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| ご希望の  （体験）実習  コース  （いずれかに  チェック） | | | * １．未就業看護師のための訪問看護ステーション体験実習 * ２．病院（施設）勤務看護師のための訪問看護ステーション体験実習 * ３．看護教職員のための訪問看護ステーション体験実実習 * ４．専門的な看護を学ぶ訪問看護実習（小児、精神、呼吸器、ﾀｰﾐﾅﾙ、その他） * ５．新任訪問看護師のための訪問看護ステーション実習 | | | | | | | |
|
| ふりがな | | |  | | | | | 大阪府訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ協会  □会員　　□非会員 | | |
| 施設名 | | |  | | | | |
| ふりがな | | |  | | | | | 年　令 | | 性別 |
| 氏名 | | |  | | | | | 歳 | | 男 ・ 女 |
| 施設住所  電話番号 | | | 〒　　　　　－  ＴＥＬ　　　　　　（　　　　　　）　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　（　　　　　　）  携帯　　　　　　 （　　　　　　） | | | | | | | |
| 職　種 | | □看護師　　□准看護師　　□保健師　　□助産師　　□看護教員　　□その他（　　　　　　　　　　　）  　（看護管理者の方は、管理者経験年数　　　　　　　年） | | | | | | | | |
| 勤務場所  （領域） | | □訪問看護ステーション　　　□病院　　　　□介護保険施設　　　　□学校　　　□未就業  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 実習  希望日 | | ※土日祝は除きます。　　※14日以上先で希望日をご記入下さい。  ※（体験）実習の時間は、実習先の訪問看護ステーションにより異なります  ※実習先との調整で、希望日に添えない場合は、再度個別に調整させていただきます | | | | | | | | |
| 第１  希望 | | 月　　　日（　　）  より1日間・2日間 | 第２希望 | 月　　　日（　　）  より1日間・2日間 | 第３  希望 | | 月　　　日（　　）  より1日間・2日間 | |
| 「体験したい内容」　　　や  「申し込みの動機」  など  をご記入下さい | | | |  | | | | | | |
|  | いずれか一つチェックしてください（必須） | | | □小児看護（□乳児、□幼児、□学童期、□呼吸器、□入浴介助、□親への指導、  □呼吸器の入浴介助、□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　））  □精神看護　　□呼吸器　　□ターミナル　　□神経難病　　□認々介護　　□服薬管理  □老々介護　　□運営管理等　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **※希望日に対象利用者の訪問でないときもありますので、ご了承お願いします。** | | | | | | |
| その他特筆すべき事項 | | | | 例）自転車に乗れないなど | | | | | | |

個人情報の取扱い：本申込書で得た個人情報は本実習の実施に関わる調整にのみに用いそれ以外での使用はいた

申込ＦＡＸ先

**済生会茨木訪問看護ステーション　072-668-3141**