

一日職場体験実施の手引き(学生等用)



I. 実施手順：以下の手順に沿って、ご参加いただきます。

① 体験ステーションの選択と決定：

当協会ホームページより、申込み基本入力と Web 申込みシステムより体験日程日の予約を行ってください。予約カレンダーより、定員数と申込数を確認した上で、希望のステーションと日程を1カ所選択してください。予約完了後、自動返信メールをもって決定通知といたしますので内容をご確認下さい。自動返信がない場合は、予約が完了していない可能性がありますので、迷惑メールに届いていないか確認した上で、再度ご入力下さい。

② 学生等様より、受け入れステーション管理者への電話連絡とご挨拶：

①の予約完了後、体験の**5日前(土日祝除く)**までに、下記の点を確認するため、体験ステーションへお電話をお願いします。

<参加学生等様にて体験ステーションに伝えること、確認すること>

最初に「看護学生の一日職場体験を予約している(学校名)の(ご氏名)です。」と、ご挨拶下さい。

- ご所属名、氏名、体験日
- ステーションまでのアクセス(最寄り駅や、公共交通機関、道順など)
- 当日の集合時間と場所
- 服装、その他の持参物品の確認
- 緊急連絡先(ご自身の携帯番号を必ずお伝えください)

③ 決定後の変更・キャンセル：

受け入れステーションの決定後の変更・キャンセルはやむを得ない場合を除き、対応しかねますので、ご了承下さい。

④ 検温の実施と健康チェックリストの記入：

体験日からさかのぼって1週間前から、体温測定と【健康チェックリスト】への記入をお願いします。当日、体験ステーションの管理者(担当者)に渡してください。

⑤ 参加事前記入シートの記入：

体験日までに【事前記入シート】を記入し、1部コピーし、当日、体験ステーションの管理者(担当者)に渡してください。(ディスカッション時の参考資料とします)

⑥ 一日職場体験への参加：

当日の集合時間や服装、持参物品などは②で確認しておいてください。

⑦ 体験報告の記入と提出：

体験後こちらの QR コードから体験終了後の報告書のご入力をお願いします。



体験後、当日中に必ずご入力ください。

II. 体験にあたっての注意すること（必ずお読みください！）

【COVID19の感染防止にあたっての留意点】

- ① 参加者は体験日～7日前から【健康チェックリスト】をチェックし、該当項目がないことを前提に参加してください。
- ② 体験日は、マスクの着用と手指消毒を徹底してください。
- ③ ソーシャルディスタンスを保って体験してください。
- ④ 体験日は、飲食は行いません。また、利用者宅への訪問は行いません。
- ⑤ 感染拡大状況によっては、体験を中止いただく場合があります。

【その他の注意事項】

- ① 参加キャンセル、欠席について：
体験のキャンセル（日程変更含む）や欠席は、やむを得ない理由を除いてはお控え下さい。
また、やむを得ず、キャンセルや欠席をされる場合は、**参加者**から【体験ステーション】と【当協会】へ必ず連絡を入れるようお願いいたします。
※Web 申込みシステムからのキャンセルは、できませんので、必ず連絡をして下さい。
- ② 台風や災害時の対応について：
警報レベルの台風や災害、公共交通機関の休止などの場合は、体験ステーションへ連絡の上、無理に参加はされませんようお願いいたします。
- ③ 保険加入について：
体験中の事故は、個人の責任になりますのでくれぐれもご注意ください。事故対応が可能な保険への加入を推奨します。
〔参考〕：三井住友海上「1 day レジャー保険」（500円）
<http://ehokenstore.com/1dayleisure/>
→ 体験日の移動中や現場でのご自身の怪我が保障対象となります。）
- ④ 服装（靴を含む）やマナーについて：
服装は必ず、体験前のお電話で確認してください。また、体験日は、ステーションでのマナーについても十分留意してご参加ください。

<問合せ先> 一般社団法人 大阪府訪問看護ステーション協会

〒542-0012 大阪市中央区谷町 6-4-8 新空堀ビル 205

メール：internship.st.kyokai@gmail.com 電話：06-6767-3800

（メールへお問合せ頂くほうがスムーズです。）

事務局担当：山内・松井

健康チェックリスト（体験前・当日）

体験日 年 月 日

学校名・氏名 _____

実習ステーション名 _____

この用紙は、体験前7日間と当日の体調をお伺いするための問診票です。体験前に記入し、体験日に責任者へお渡しください。感染防止のためにご協力をお願い致します。

なお、この問診票の結果で体験ができない場合がありますのでご了承下さい。

1. 体験前7日間と当日の体温測定を行い、下記の症状の有無について☑をつけて下さい

体験	月/日	朝 体 温 (℃)	呼 吸 器 症 状 (咳・鼻水・咽 頭痛等)	味覚障害・ 嗅覚障害	消化器症状 (嘔吐・下 痢)	全身倦怠感
7日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
1日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
体験日	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

2 あなたと濃厚接触している人（同居家族等）の有無について☑をつけて下さい。

ない

ある いつから： _____ どなた： _____

訪問看護師 一日職場体験

参加者 事前記入シート

★参加者は、職場体験の前に本紙を記入し、コピーを1部、ステーション担当者に提出してください

(ステーション担当者様へ：本紙をお受け取りの後、体験の参考資料としてご活用ください。

ステーション協会への提出は不要ですので、体験後は、各ステーションで破棄をお願いします)

氏名	ふりがな	年齢	1. 18-29 歳 2. 30-39 歳 3. 40-49 歳 4. 50 歳～
学校名	学年 年生		
体験施設名		体験日	年 月 日
以下の当てはまる方に○をつけてください。 1) 在宅看護の授業を受けたことが【 ある ・ ない 】 2) 訪問看護ステーションの実習を受けたことが【 ある ・ ない 】 3) 病院実習を受けたことが【 ある ・ ない 】			
訪問看護師の仕事のイメージをお書き下さい。			
一日職場体験の参加の目的（動機）をおしえてください。			
訪問看護師に聞きたい質問を箇条書きで記入してください。（できるだけ具体的に書いてください。）			
その他、体験ステーションに知らせておきたいことがあれば、お書きください。			

※未就業者の方は、学校名は不要です。