2026 年度版　**一 日 職 場 体 験 実 施 の 手 引 き（学生等用）**

I.　体験実施フロー

◎当会 HP 訪問看護インターンシップ事業のページはこちらから



① エントリーフォームの入力（申込者 1 名ごと）

申込者 1 名ごとに入力する。

② 体験先の選択

受入れステーション一覧（PDF）より、日程と体験先の候補を確認する。
利用者宅への訪問希望があれば、利用者宅訪問欄の『〇』のステーションを選択する。

③ WEB 申込システムの入力（①エントリーフォームと内容の重複あり）

②で確認した候補の日程と体験先を予約カレンダーで検索、入力する。（1 名 1 枠入力）
予約完了後自動返信にて決定通知が届く。（届かない場合：迷惑メールを確認 or 再度申込）

④ 受入れステーションへ電話連絡

③の完了後、**2～3 日以内（土日祝を除く）**に体験先へ営業時間内に電話をする。
友人、知人と同日体験の場合は、代表者が電話連絡し、内容を必ず周知する。

≪電話で伝えること･確認すること≫

初めに、「看護学生の一日職場体験を予約している（学校名）の（氏名）です。」と挨拶する。

- □ 所属名（学校名）、氏名、体験日及び、療養者宅への訪問希望の有無を伝える。
- □ ステーションまでのアクセスの確認（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の確認
- □ 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伝える）

⑤ 打合せ終了報告フォームの入力

④の電話連絡終了後、受入れステーションへの連絡が済んだ旨をフォームで報告する。
※このフォームは、大阪府訪問看護ステーション協会事務局に届く

⑥ 体験までの準備　その 1　検温の実施と健康チェックリストの記入

体験からさかのぼって 1 週間前から、体温測定と【健康チェックリスト】の記入をする。

⑦ 体験までの準備　その 2　参加事前記入シートの記入

シートを記入し、1 部コピーしておく。（ディスカッション時の参考資料とする）

⑧ 一日職場体験の参加

・集合時間までに到着する。（手洗い、マスク必須　体験に見合った服装）
・【健康チェックリスト】【参加事前記入シート】を管理者（担当者）へ提出する。

⑨ 体験終了報告フォームの入力

体験終了後、報告書フォームを入力する。

⑩ 体験終了

片付け、挨拶をして終了



一般社団法人大阪府訪問看護ステーション協会

II. フローに関する２次元コード　（スマホ等で読み取り・入力後、送信をお願いいたします）

エントリーフォーム	相談フォーム	打合せ終了フォーム	体験後報告フォーム
フロー①	**フロー②と③の相談フォーム**	**フロー⑤**	**フロー⑨**

◎フロー①⑤⑨のフォームと、エントリー後の自動返信内の WEB 申込システムの入力は必須です。
◎予定がマッチしない場合、体験をあきらめずに相談フォームをご利用ください。

III.体験にあたっての注意事項　（必ずお読みください）

① 感染防止・体調管理にあたっての留意点

1) 参加者は体験 7 日前から体験当日まで【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。
（発熱、咳、下痢、嘔吐等、感染症状がある場合は、お休みください）
2) 犬や猫、ハウスダスト等のアレルギーなどに関連する情報は体験先にお伝えください。
3) 体験日は、マスクの着用と手指消毒を徹底してください。
4) 体験時の感染対策は、基本的に体験先の指示に準じてください。

② 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、**申込者**から【体験先ステーション】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お電話下さい。

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。
計画的な中止とさせていただく場合は、ご連絡させていただきます。

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。（各種１DAY 保険等）

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、ステーションや療養者宅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　Mail：stapro@daihoukan.or.jp
電話：06-6767-3800（お気軽にご連絡ください）　事務局担当　山内/渡邉

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。
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。
体験前には、毎日の生活リズムを整え体調管理をしましょう。
体調がすぐれない時には無理をせず、体験を中止してください。

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。
※下記のチェック内で、症状がある場合は、当協会へご連絡下さい。
（連絡先：06-6767-3800）

体験	月/日	朝 体　温 （℃）	呼吸器症状		消化器症状 （嘔吐・下痢）	全身倦怠感
			咳	鼻水・咽頭痛等		
７日前	／		□有　□無	□有　□無	□有　□無	□有　□無
６日前	／		□有　□無	□有　□無	□有　□無	□有　□無
５日前	／		□有　□無	□有　□無	□有　□無	□有　□無
４日前	／		□有　□無	□有　□無	□有　□無	□有　□無
３日前	／		□有　□無	□有　□無	□有　□無	□有　□無
２日前	／		□有　□無	□有　□無	□有　□無	□有　□無
１日前	／		□有　□無	□有　□無	□有　□無	□有　□無
体験日	／		□有　□無	□有　□無	□有　□無	□有　□無

２．あなたの同居家族等で、感染症症状の有無について□に✔をつけて下さい。
□ ない
□ ある　　いつから：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．犬や猫、ハウスダスト等のアレルギーなど
□ ない
□ ある

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
	※訪問看護未就業者の方は、学校名は不要です。		看護師経験　　年目
体験施設名		体験日	年　月　日

以下の当てはまる方に〇をつけてください。

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。