

兵庫県立西宮病院 看護部 病院見学、インターンシップ再開のご案内

I 看護部 病院見学

1. 開催日：平日 9時～16時（希望者と調整の上決定）

2. 対象者：看護学生

すでに看護師として就職されている方

3. 方法：来院もしくはリモート

4. 申し込み方法：

ご希望日から開催日を決定し、連絡いたしますので、①メールでの申し込みを推奨しております。

① メール

✉ Mariko_Tamura@pref.hyogo.lg.jp 看護部 教育担当師長 田村真理子

「氏名、学校名、学年、希望日（複数）、連絡先、来院もしくはリモート希望」を入力してください

② 電話 0798-34-5151(平日の 8:30～17:15)

5. 注意事項

- ・病院への来院1週間前より不要不急の外出、会食などの自粛をお願いいたします
- ・来院1週間前より添付の「健康チェックシート」の記入し、ご持参ください
- ・当日は体温測定、体調不良のないことを確認し、お越してください
- ・体調不良の場合は上記へ電話連絡をお願いいたします
- ・病院の正面玄関からお越してください
- ・病院見学にふさわしい服装でお越してください

6. 持参物

筆記用具、記載済みの健康チェックシート、マスク着用

7. 病院見学の流れ（予定時間：1時間程度）

来院	病院の正面玄関よりお越してください 総合案内で看護部長室の場所をご確認ください
集合場所	3号棟2階 多目的室（多目的室は看護部長室の横です）
病院説明	多目的室で下記の説明 ・自己紹介 ・健康チェックシートの確認 ・病院および看護部の概要について ・ご質問への対応
院内見学	外来・病棟など
アンケート記入	多目的室でアンケート記入
終了	ご質問への対応

※ 感染拡大状況により、急遽 Web での説明になることがあります。ご了承ください。



II 看護部 インターンシップ

1. 開催日：平日 13 時～16 時（希望者と調整の上決定）
2. 対象者：①看護学生
②すでに看護師として就職されている方
3. 方法：病棟で看護師と共に業務を見学、実施する
4. 申し込み方法：



ご希望日から開催日を決定し、連絡いたしますので、①メールでの連絡を推奨しております。

- ①（推奨）メール 「氏名、希望日（複数）、連絡先、白衣上下サイズ」を下記のアドレスに送る

[✉Mariko_Tamura@pref.hyogo.lg.jp](mailto:Mariko_Tamura@pref.hyogo.lg.jp) 看護部 教育担当師長 田村真理子

- ② 電話 0798-34-5151(平日の 8:30～17:15)

5. 注意事項

- ・病院への来院 1 週間前より不要不急の外出、会食などの自粛をお願いいたします
- ・来院 1 週間前より添付の「健康チェックシート」の記入し、ご持参ください
- ・当日は体温測定、体調不良のないことを確認し、お越しく下さい
- ・体調不良の場合は上記へ電話連絡をお願いいたします
- ・病院の正面玄関からお越しく下さい
- ・病院見学、インターンシップにふさわしい服装でお越しく下さい
(スーツに準ずる)

6. 持参物

白い靴下、白いシューズ（運動靴）、
記載済みの健康チェックシート、筆記用具、マスク着用

7. インターンシップの流れ（予定時間：3 時間程度）

※ 感染拡大状況により、急遽 Web での説明になることがあります。ご了承ください。



来院	病院の正面玄関よりお越しく下さい 総合案内で看護部長室の場所をご確認ください
場所	3号棟2階 多目的室（多目的室は看護部長室の横です）
更衣	更衣室へ案内します
病院説明	多目的室で下記の説明 ・自己紹介 ・健康チェックシートの確認 ・病院および看護部の概要について ・ご質問への対応
病棟へ移動	看護ケアの見学、実施
アンケート記入	多目的室でアンケート記入
終了	ご質問への対応

健康チェックシート(本人用)

★ 毎日体温測定し、症状の有無を口にし点で記入してください
 来院の当日は、家を出る前に体温測定し健康チェックシートに記載後、持参をお願いします。

学校名

氏名:

(来院日)

	月日	/	/	/	/	/	/
項目							
最高体温 (°C)							
来院時体温							
寒気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
痰	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
鼻汁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
咽頭痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
頭痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
下痢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
筋肉痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
嘔気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
嘔吐	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
味覚・嗅覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
その他 (気になる症状)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状:
備考							