様式ST-1

　　　　　　　　　　　　　　　　殿

誓　　約　　書

　私は、貴訪問看護ステーションで訪問実習を行うにあたって、看護師としての職務・倫理により、実習することを誓約いたします。

　実習中に知り得た情報の取り扱いについては、管理者に報告し、また実習中・終了後に関わらず、内容を漏えいしないことを誓約いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

**訪問看護ステーション実習の目標（事前提出）**

様式ST-2

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

　氏名：

|  |
| --- |
| **現在課題に思っていること（在宅支援における看護師の立場から）** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **訪問看護ステーション実習で学びたいこと** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**訪問看護ステーション実習記録用紙**

様式ST-3

実習日：令和　　年　　月　　日（　　）　　【実習：　　日目／５日間】

実習施設：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

**【今日の目標】**

|  |
| --- |
| **実習での体験を整理しましょう。（訪問看護内容や学び、心に残った場面や家族の様子など）** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**訪問看護ステーション実習の振り返り**

様式ST-4

実習日：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

実習施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　名前：

|  |
| --- |
| **事前提出で学びたかった訪問看護ステーション実習で学んだこと** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **今後の看護活動で活かせること** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**☆実習に対する満足度：　　　　　／100**

様式SC-1

　　　　　　　　　　　　　　　　殿

誓　　約　　書

　私は、貴地域包括支援センターで訪問実習を行うにあたって、看護師としての職務・　倫理により、実習することを誓約いたします。

　実習中に知り得た情報の取り扱いについては、管理者に報告し、また実習中・終了後に関わらず、内容を漏えいしないことを誓約いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

**地域包括支援センター管轄地域の様子について事前学習（事前提出）**

様式SC-2

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

氏名：

|  |
| --- |
| **事前学習：実習先の地域包括支援センターの管轄地域について** |
| 面積・人口・人口増加率※・人口密度※・年齢３区分割合・昼間人口・昼夜人口比率※など実習先地域包括支援センターでの取り組みの特長など　　（※は鳥取県のデータも計上する） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**地域包括支援センター実習記録**

様式SC-3

実習日：令和　　年　　月　　日（　　）

実習施設：　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

|  |
| --- |
| **地域包括支援センター実習で学んだこと****（地域包括支援センターの業務や、地域における役割など）** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **今後の看護師活動で活かせること** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |