

平成 29 年度兵庫県立こども病院

病院見学会 & インターンシップのご案内



小児看護に興味をお持ちのみなさま！小児専門病院の看護をのぞいてみませんか？

ミニレクチャーでは、小児看護の魅力やプリパレーションの実際を、病院見学では、実際に入院しているこども達の様子やこども目線の施設など、小児専門病院ならではの看護を体感していただけます。また、インターンシップでは小児看護の現場を経験して頂きます。この機会にぜひご参加ください。

また小児看護実習の機会が少ない学生の方達への病院見学も受け付けています。学校単位でご相談下さい。

開催日：平成 29 年

1月14日（土）、3月11日（土）、3月25日（土）

4月15日（土）、5月13日（土）、6月 3日（土）

7月 1日（土）、7月15日（土）、8月19日（土）

9月 9日（土）、10月14日（土）、11月11日（土）

12月 9日（土）

参加費：無料

上記の設定日以外のインターンシップ・病院見学のご希望は、直接担当者までお問い合わせ下さい。

1. プログラム

★インターンシップ

- 9:00 ~ 9:15 受付 更衣
9:15 ~ 9:30 オリエンテーション 担当者紹介
9:30 ~ 11:30 病棟実習



11:30 ~ 13:00 昼休憩 更衣 *引き続き午後参加の方へ昼食を準備します

★ミニレクチャー&病院見学会

- 12:30 ~ 13:00 受付
13:00 ~ 13:15 オリエンテーション
13:15 ~ 14:30 ミニレクチャー
① 卒後教育について
② こどものがんばる力を引き出す関わり～プリパレーションの実際～
③ 先輩看護師が伝える小児看護の楽しさ
14:30 ~ 14:45 休憩
14:45 ~ 15:45 病院内見学
15:45 ~ 16:15 参加者・先輩看護師交流会
16:15 ~ 16:30 まとめ
16:30 ~ 17:00 個別就職相談会



	1日コース	インターンシップのみ	病院見学のみ
午前	インターンシップ	インターンシップ	
	昼食		
午後	ミニレクチャー 病院見学		ミニレクチャー 病院見学

2. 参加にあたっての注意事項

- ①病院内見学およびミニレクチャーは学年問わず、どなたでもご参加いただけます。
- ②**インターンシップに参加される方は、感染症の抗体価の提出が必要です。**
- ③インターンシップの参加者の定員は25名とさせていただきます。定員を超える応募があった場合、先着順にさせていただきます。ご了承ください。

3. 参加申し込みについて

希望の方はメールアドレスへご連絡ください

kodomo_int_kch@hp.pref.hyogo.jp

- ①病院内見学およびミニレクチャーのみの参加の方は、タイトルに「病院内見学希望」と記入いただき、本文に名前と学校名、学年、当日連絡のつく電話番号を明記していただきますようお願いいたします。
- ②インターンシップに参加される方は、タイトルに「インターンシップ希望」と記入いただき、本文に名前と学校名、学年、当日連絡のつく電話番号、参加希望日を明記していただきますようお願いいたします。病棟実習で希望の病棟・分野があればお書きください。（希望に添えない場合もあります）
- ③インターンシップに参加される方は、添付の感染症チェック表と抗体価検査結果（5年以内可）を郵送して下さい。当院では院内感染予防を目的として流行性感染症（麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎）の調査を実施しています。
- ③見学会+インターンシップをご希望の方は1日希望とお書き下さい。
- ④病院内見学およびミニレクチャーの締め切りは、**開催日の1週間前**です。
インターンシップは感染症抗体価を確認しますので、**1ヶ月前**の締め切りです。

インターンシップ締め切り日

開催日	締め切り	開催日	締め切り
1月14日	12月14日	7月15日	6月15日
3月11日	2月10日	8月19日	7月19日
3月25日	2月24日	9月9日	8月9日
4月15日	3月15日	10月14日	9月14日
5月13日	4月13日	11月11日	10月11日
6月3日	5月2日	12月9日	11月9日
7月1日	6月1日		

4. 当日について

- ①病院内を見学しますので、音が響かない靴でお願いします。
出来るだけ実習で使用しているナースシューズを持参して下さい。
- ②爪は短くしていただくようお願いします。（インターンシップに参加される方はネイルを落としてください。また、派手な化粧もお控えください。）
- ③インターンシップに参加される方は、ナースシューズをご持参ください。白衣はこちらで準備いたします。また、髪は肩にかからないようにまとめていただくようお願いします。
- ④インターンシップと病院見学の両方に参加される方には、当院で昼食を準備します。
- ⑤受付およびミニレクチャーの会場は、病院北側のポートアイランドセンタースクエアよりお入りいただき、案内表示に沿って2階 教育研修室にお越し下さい。

※御家族の方の参加はご遠慮下さい。

兵庫県立こども病院 看護部 TEL:078-945-7300（代表）

※ 体調不良などで急に参加出来なくなった場合は、必ず連絡して下さい。

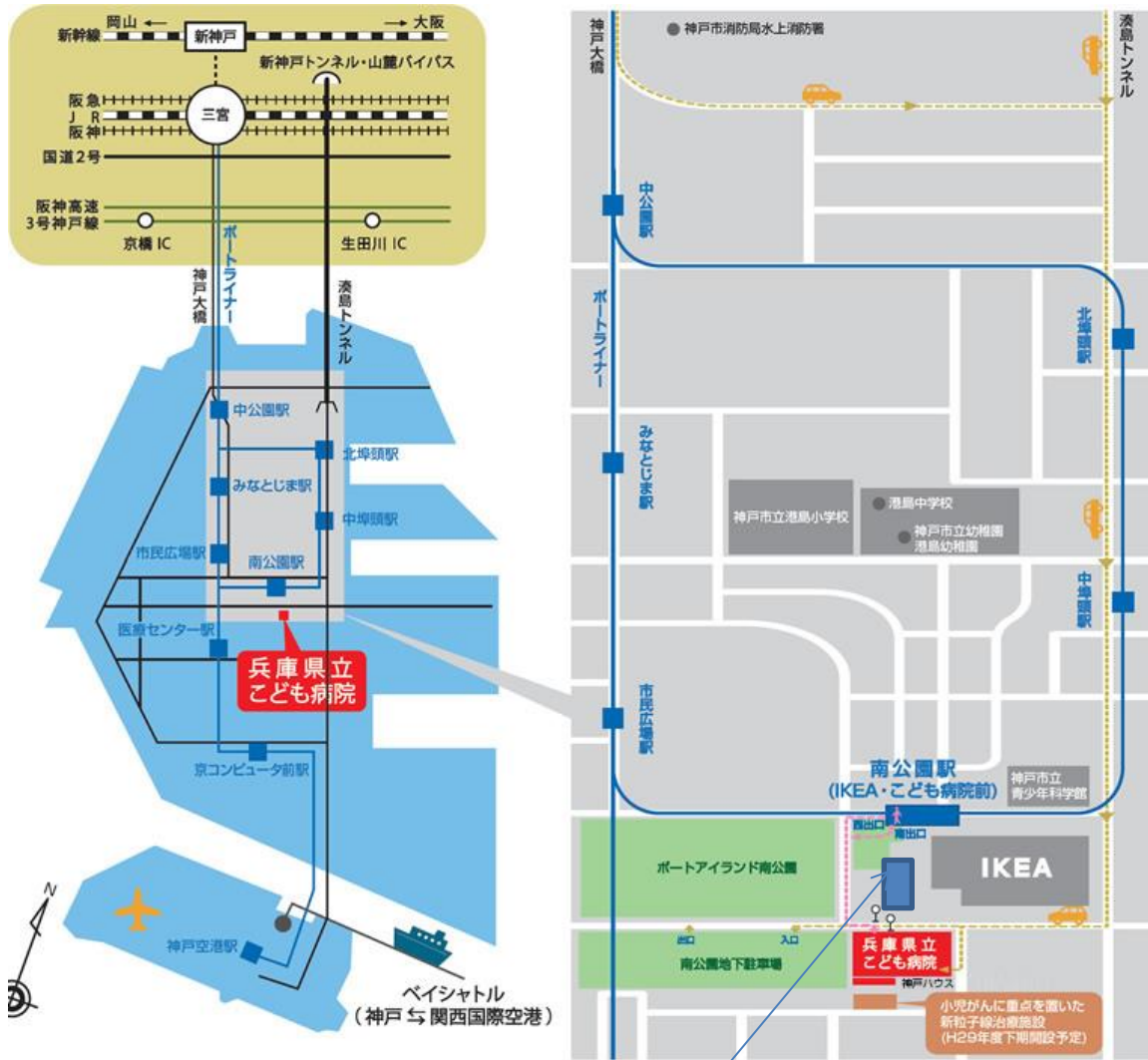


5 交通案内

◆アクセス◆

三宮駅からポータルライナー 北埠頭行き乗車

南公園駅 (IKEA・こども病院前) 下車 徒歩3分



*ポートアイランドセンタースクエア

インターンシップをされる方の流行性感染症調査について

当院では院内感染予防を目的として、全ての臨床実習者または見学実習者を対象に、流行性感染症（麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎）の調査を実施しています。

つきましては、この趣旨をご理解の上、下記の要領によりご協力をお願い致します。

記

1. インターンシップの申し込みをされる方は、別紙「**流行性感染症調査票**」に必要事項を記載のうえ、提出して下さい。
2. 感染の既往歴が確実なもの以外は抗体検査を実施し調査票に検査結果（コピー可）を添付のうえ、看護部宛てに郵送して下さい。
3. 後日、調査票の判定結果を報告します。抗体価が当院の基準を満たさなかった場合、ワクチン接種をお願いします。ワクチン接種後は3週間で実習が可能となります。なお、当院では日本環境感染学会のワクチンガイドラインを基準としています。

疾患名	基準を満たさない (陰性)	基準を満たさない (陰性ではない)	基準を満たす
麻疹 (はしか)	中和法で 1:4 未満 あるいは PA 法で 1:16 未満 あるいは EIA 法(IgG)で陰性	中和法で 1:4 あるいは PA 法で 1:16、1:32、 1:64、1:128 あるいは EIA 法(IgG)で±およ び 16.0 未満の陽性	中和法で 1:8 以上 あるいは PA 法で 1:256 以上 あるいは EIA 法(IgG)で 16.0 以上
風疹 (三日はしか)	HI 法で 1:8 未満 あるいは EIA 法(IgG)で陰性	HI 法で 1:8、1:16 あるいは EIA 法(IgG)で±およ び 8.0 未満の陽性	HI 法で 1:32 以上 あるいは EIA 法(IgG)で 8.0 以上
水痘 (水ぼうそう)	IAHA 法で 1:2 未満 あるいは EIA 法(IgG)で陰性 あるいは水痘原皮内テストで 陰性	IAHA 法で 1:2、1:4 あるいは EIA 法(IgG)で±	IAHA 法で 1:8 以上 あるいは EIA 法(IgG)で陽性 あるいは水痘原皮内テスト で陽性
流行性 耳下腺炎 (おたふく)	EIA(IgG)法で陰性	EIA(IgG)法で±	EIA(IgG)法で陽性

ご提出頂きました「流行性感染症調査票」は当院で適切に管理後、処理させて頂きます。返却はいたしませんのでご了解下さい。

流行性感染症調査票(採用・転入)

提出日 平成 年 月 日

ふりがな

1. 氏名 _____ 年齢 _____ 歳 職種 _____ 部署 _____

2. 採用日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 区分(該当に○印): 採用 _____ 転入 _____

4. 現在または以前に所属した施設名: _____

5. 流行性感染症調査

	既往歴				ワクチン接種歴					抗体検査実施歴	
	有り	(歳頃)	無し	不明	1回目	有り	(歳頃)	無し	不明	有り	無し
麻疹					2回目	有り	(歳頃)	無し	不明		
水痘					1回目	有り	(歳頃)	無し	不明		
風疹					2回目	有り	(歳頃)	無し	不明		
流行性耳下腺炎					1回目	有り	(歳頃)	無し	不明		
					2回目	有り	(歳頃)	無し	不明		

6. 抗体検査

実施した施設(過去5年以内に検査をしたことがある場合) _____

検査結果報告書をお持ちの方は裏面に貼付して下さい(コピー可)

7. 最近、ワクチンを接種された方は、以下にご記入下さい

ワクチン名	接種日	医療機関名
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

ICD、ICNコメント欄

確認日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 サイン _____

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 抗体検査、ワクチン接種の必要なし ● 右の抗体検査またはワクチン接種が必要 ● 右の抗体検査が必要 ● 右のワクチン接種が必要 | <ul style="list-style-type: none"> ●麻疹 ●水痘 ●風疹 ●流行性耳下腺炎 |
|--|---|

ICD、ICNコメント