

長野県立こども病院 小児看護を体験しよう申込書

1. 実施日 年 月 日

2. 氏名 男・女 年齢 歳

3. 学校名: 学年(年 月 卒業見込)

4. 住所 〒 電話番号:

メールアドレス:

※メールアドレスは、大きな字ではっきりと英数の区別ができるように記入してください。
※“pref-nagano-hosp.jp”ドメインからのメール受信が出来るように設定の確認・変更をお願いします。
※個人情報厳重に管理し、インターシップ以外には使用しません

5. 体験を希望する小児の看護技術

a. バイタル測定 b. 授乳 c. 赤ちゃんの抱っこ d. オムツ交換 第1希望 第2希望

6. 感染症に関する質問にお答え下さい

- ① 以下の疾患について、予防接種の解答欄に○を付けてください。
- ② 2回接種歴がない、不明の場合は、抗体価を調べて記載して下さい。(EIA法、風疹のみHI法も可)
- ③ 2回以上のワクチン接種歴がない場合と抗体検査の結果によっては、1回か2回のワクチン接種をお願いする場合と申込をお断りする場合があります。

疾患名	予防接種	抗体価(EIA法など検査法も記載)
麻疹	未・済(1回・2回)・不明	
風疹	未・済(1回・2回)・不明	
水痘	未・済(1回・2回)・不明	
流行性耳下腺炎	未・済(1回・2回)・不明	

【参照:抗体価と必要なワクチン接種回数】

疾患名	検査方法	抗体価は陰性 あと2回の ワクチン接種が必要	抗体価は陽性で 規準を満たしていない あと1回の ワクチン接種が必要	抗体価は陽性で 規準を満たしている ワクチン接種は不要
麻疹	EIA法(IgG)	2.0未満,陰性	2.0以上16.0未満	16.0以上
風疹	EIA法(IgG)	2.0未満,陰性	2.0以上8.0未満	8.0以上
	HI法	1:8未満	1:8, 1:16	1:32以上
水痘	EIA法(IgG)	2.0未満,陰性	2.0以上4.0未満	4.0以上
流行性耳下腺炎	EIA法(IgG)	2.0未満,陰性	2.0以上4.0未満	4.0以上

7. ユニホームのサイズに○をつけてください

・SS ・S ・M ・L ・LL (上衣は男女共通サイズです)

8. 昼食の希望 ○をつけてください 有 無