

## インターンシップについて

順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院

順天堂越谷病院では、当院へ就職や検討されている学生を対象に、インターンシップ（半日研修）を実施しています。当院の雰囲気を経験することで、就職活動の参考とすることを目的としています。精神看護に興味をお持ちの方はぜひご参加ください。

### 【目的】

1. 順天堂越谷病院の精神科治療と看護を実際に体験することで、就職後の働く姿をイメージすることができる。
2. 看護体験を通じて、就職後の自分自身の姿がイメージでき、就職後の臨床における不安の緩和を図ることができる。

### 【インターンシップ実施日程】

2021年12月1日以降 随時 ※月曜日～土曜日 10:00～14:00(予定)

※今後の新型コロナウイルスの感染状況等により変更、中止になる場合があります。

### 【対象者】

- ・健康状態に異常がなく、ここ2週間以内に以下の要件を満たすこと
1. 新型コロナワクチン接種を2回終了後2週間以上経過している  
(もしくは参加日から4日以内のPCR検査陰性証明)
  2. 消炎鎮痛剤を使用していない(消炎鎮痛剤により発熱がマスクされてしまうため、頭痛・歯痛・生理痛緩和を目的で内服していても参加いただけません)
  3. 発熱(37.0度以上あるいは、普段の平熱より1度以上高い)や感冒症状がない
  4. 咳や痰、息苦しさなどの呼吸器症状がない
  5. 強い倦怠感がない
  6. 味覚異常、嗅覚異常がない
  7. 直近2週間以内に渡航歴がない
  8. 直近2週間以内に旅行に行っていない(履歴がある場合はご相談ください)
  9. 不特定多数の人と係る場所への立ち入りをしていない(飲食業でのアルバイトや他のインターンシップ等、対象の方は内容についてご相談ください)
  10. 直近2週間新型コロナウイルス患者やその疑いのある人との接触がない
  11. 同居者や家族に上記に該当する人がいない

### 【ご参加前後の体調管理について】

- ・インターンシップ参加日2週間前から毎日の検温および体調確認を行い、当院指定の【健康管理表】に記録して参加当日にご持参ください。
- ・インターンシップ参加当日の朝もご自宅で検温を行い、少しでも体調不良を感じた場合は、朝の9時以降に担当者へ連絡してください。
- ・参加後、2週間は同様に健康チェックを行い、通常と異なる症状があれば担当者へ状況を連絡してください。

### 【注意事項】

- ・来院する経路でもマスクを着用してください。
- ・院内では常にサージカルマスクを着用してください。（ポリウレタン及び布製マスク不可）
- ・休憩中もマスクを外しての談話をご遠慮ください。
- ・参加時には、マスクに加えて当院配付アイガードを装着していただきます。

### 【インターンシップ内容】

- ・病院概要説明
- ・各部署での看護体験
- ・フリーディスカッション
- ・受け入れ定員：1日2名まで（1フロアにつき1名の配属とします）

### 【持ち物】

- ・学校指定ユニフォーム、靴（サンダル不可）、名札、不織布マスク、当院 HP 掲載健康管理表、筆記用具、カーディガン（必須ではありませんが、気候により寒いことがあります）

### 【申し込み先】 順天堂越谷病院 総務課人事係

- ・TEL：048-975-0321（平日 9:00～16:00、土曜日 9:00～12:00）
- ・その他、参加にかかる宿泊費、交通費は自己負担になりますので、ご了承ください。

### 【記載例】 一順天堂越谷病院 インターンシップ用 健康管理表

参加者氏名：

インターンシップ  
当日の朝

	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日
日にち	12/1	12/2	12/3	12/4	12/5	12/6	12/7	12/8
体温	36.7℃	36.5℃	36.5℃	36.5℃	36.6	36.5	36.5	36.6
感冒症状	—	—	—	—	—	—	—	—
咳、呼吸困難感	—	—	—	—	—	—	—	—
強い倦怠感	—	—	—	—	—	—	—	—
味覚・臭覚異常	—	—	—	—	—	—	—	—
鼻水	—	—	—	—	—	—	—	—
眼の充血	—	—	—	—	—	—	—	—
上記症状を含む新型コロナ 感染症家族内発生がある	—	—	—	—	—	—	—	—
2週間以内に新型コロナ疑 いの患者との接触がある	—	—	—	—	—	—	—	—
解熱鎮痛薬の使用	—	—	—	—	—	—	—	—

- ・症状や接触がある場合は（+）、ない場合は（-）で記載してください。
- ・インターンシップ当日に、体温・健康管理表を担当者へ提出してください。

—順天堂越谷病院 インターンシップ用 健康管理表—

参加者氏名： \_\_\_\_\_

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
日にち	/	/	/	/	/	/	/
体温							
感冒症状							
咳、呼吸困難感							
強い倦怠感							
味覚・臭覚異常							
鼻水							
眼の充血							
上記症状を含む新型コロナ 感染症家族内発生がある							
2週間以内に新型コロナ疑 いの患者との接触がある							
解熱鎮痛薬の使用							
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
日にち	/	/	/	/	/	/	/
体温							
感冒症状							
咳、呼吸困難感							
強い倦怠感							
味覚・臭覚異常							
鼻水							
眼の充血							
上記症状を含む新型コロナ 感染症家族内発生がある							
2週間以内に新型コロナ疑 いの患者との接触がある							
解熱鎮痛薬の使用							

- ・症状や接触がある場合は（+）、ない場合は（-）で記載してください。
- ・インターンシップ当日に、健康管理表を病院へ提出してください。