

看護師復職支援研修申込書

所沢第一病院 看護部長宛て

FAX 04-2945-1451

ふりがな		生年月日			
氏名		19	年	月	日生
住所	〒				
連絡先	TEL(自宅)		(FAX)		
	(携帯)		(E-mail)		
下記の項目の該当するものに記載・○で囲んで下さい					
資格	看護師 ・ 准看護師				
経験年数	看護職経験(トータル)年数: 年				
離職期間	離職期間(看護師として退職した日からの期間): 年				
希望コース	半日コース 1日コース 2日コース				
託児所	利用する 利用しない (託児所をご利用の方は、別紙個人抄をご記入ください)				
白衣サイズ	S ・ M ・ L ・ LL ・ 3L 自分の白衣を持参する				
ご要望					
ご質問					

個人抄

ふいかな		生年月日			年齢		
幼児名		平成	年	月	日生	歳	n月
ふいかな							
母親名							

♡お子様についてお聞きします

- ・以前、保育園に入所していた事がありますか？ ある ・ ない
あると答えた方は以下のうち、どの施設でしたか？
保育園 ・ 幼稚園 ・ 乳児院 ・ その他()
期間はどの位でしたか？ (年 n月位)

♡お子様の健康・生活についてお聞きします

- ・平熱は？ (°C) ・ご連絡する体温 (°C)
- ・起床時間は？ (時頃) ・就寝時間は？ (時頃)
- ・お昼寝の有無 (AM ~) (PM ~)
- ・今までに大きな病気にかかった事がありますか？ ある ・ ない
あると答えた方は時期と病名を詳しくお書きください
(例 熱性けいれん等)

- ・次のうちかかったことのある伝染性疾患に○をつけてください
水痘 ・ おたふく ・ 風疹 ・ はしか ・ 伝染性紅斑 ・ 突発性発疹
- ・食物いかにアレルギーはお持ちですか？ はい ・ いいえ
はいと答えた方はそれについて詳しくお書きください
()

- ・何をして遊ぶのが好きですか？
(戸外) (室内)

♡おこさまの食事についてお聞きします

- ・今までに食物に対しアレルギーを起こしたことがありますか？
はい ・ いいえ
はいと答えた方は○をつけてください
たまご ・ そば ・ 牛乳 ・ 大豆 ・ その他()
- ・好きな食べ物は？ ()
- ・嫌いな食べ物は？ ()
- ・右効きですか？左効きですか？ 右 ・ 左

♡その他心配していること、気になる事、ご要望等ございましたらお書きください