

赤穂中央病院 NST 専門療法士実習申込書

FAX:0791-45-1122 (問合わせ TEL:0791-45-7296)

申込年月日	平成 年 月 日		
フリガナ			印
氏名			
生年月日	大・昭・平 年 月 日	性別	男 ・ 女
施設名			
所属部署	役職:有()・無		
所在地	〒 -		
連絡先	〒 -		
どちらかに○をしてください (勤務先・自宅)	TEL:	FAX:	
	E-mail:		
職種	看護師(正看 / 准看)・薬剤師・管理栄養士・PT・OT・ST・臨床検査技師・歯科衛生士		
臨床経験年数			

以下について、支障のない範囲でお答えください。

1. 貴院ではNSTは稼動していますか？

- () 稼動している
 () 準備中
 () 予定はない

2. 《稼動している》に○をつけられた方のみお答えください。

- ①いつから稼動されていますか【 】
 ②対象者数はおおよそ何人ですか？【 】
 ③回診はどのくらいされていますか？【 】
 ④介入者の抽出方法はどのようにされていますか？【 】

3. 《準備中》に○をつけられた方のみお答えください。

- ①いつから稼動される予定ですか？【 】
 ②目標対象者数は何人を予定されていますか？【 】
 ③回診はどのくらいの頻度を予定されていますか？【 】
 ④介入者の抽出方法はどのように予定されていますか？【 】

4. 今回の実習申込の目的をお聞かせください。

- () NST専門療法士の資格取得
 () NSTチーム加算
 () 両方

5. 今回の実習へのご意見・ご要望等ありましたら、ご記入ください。