看護スキルスラボ使用申込書

平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 使用日時 | 平成　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　　　　　　　　　　　　時　　　分　～　　　　時　　　分 |
| 使用物品※使用するものに**☑**をつけ、必要数を記入する | ≪モデル・物品≫

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 在庫数 | 必要数 |
| **□**　摘便・浣腸モデル　 | 1 |  |
| **□**　男性導尿・浣腸シミュレータ　 | ２ |  |
| **□**　万能型成人実習モデル（女）さくらⅡ | ２ |  |
| **□**　フィジカルアセスメントモデルフィジコ　 | 1 |  |
| **□**　口腔ケアモデルセイケツくん | ５ |  |
| **□**　吸引シミュレータQちゃん | ５ |  |
| **□**　ポータブル吸引器パワースマイル | ５ |  |
| **□**　採血・静注シミュレータシンジョーⅡ　 | 6 |  |
| **□**　腕総合注射モデル腕自慢 | ５ |  |
| **□**　採血静注練習キットかんたんくん | 10 |  |
| **□**　皮内注射シミュレータ　 | 1 |  |
| **□**　殿部筋肉内注射モデル | 1 |  |
| **□**　中心静脈栄養チューブ管理トレーナー | １ |  |
| **□**　経管栄養シミュレータ | ４ |  |

≪その他の物品≫

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 在庫数 | 必要数 |
| **□**　点滴台 | 16 |  |
| **□**　ベッド | 6 |  |

≪消耗品≫　**□**模擬血液　　**□**模擬痰※上記以外で必要な物品は下記に記載してください。在庫のない場合は連絡します。 |
| 目的・内容 |  |
| 参加予定人数 |  |

　　　　　　　　　看護室　　看護師長　氏名

担当者　　氏名

　（連絡先）内線

看護キャリア支援センター

（内線２３１９０）