

訪問看護インターンシップ 実施後アンケート (看護学生・看護職)

氏 名	
(学校名・学年)	年生
実施した訪問看護 ステーション名	
実 施 日	年 月 日 午前・午後 (時 分から 時 分)
1. インターンシップを体験する前と後で、訪問看護のイメージは変わりましたか？	
<input type="checkbox"/> 大いに変わった <input type="checkbox"/> 少し変わった <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまり変わらない <input type="checkbox"/> まったく変わらない 【イメージの具体的変化】	
2. 訪問看護ステーションへの就職希望はどうか？	
<input type="checkbox"/> 卒業後すぐに就職したい <input type="checkbox"/> 将来的に訪問看護ステーションに就職したい (年後) <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> 他への就職を検討している 【理由】	
3. 今回、訪問看護ステーションでインターンシップ (職場体験) ができた事は、今後活かされますか？	
<input type="checkbox"/> 大いに活かせる <input type="checkbox"/> 少し活かせる <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> まったくそう思わない 【理由】	
4. 気づいた事、今後の要望などがあればお書きください	