|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  |  |  |  |  |  |
| 学生氏名 |  |  |  |  |  |  |
| 担当NS |  |  |  |  |  |  |
| 9:0010:0011:0012:0013:0014:0015:0016:00 |  |  |  |  |  |  |

看護チームにおける看護援助スケジュール　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実習日：　　　　年　　月　　日（　　　）　　　　（　　　　）チーム

※この記録用紙は、患者の実名を入れるため病棟で保管、持ち出してはいけない。実習終了後には破棄する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記録様式5号