

【5・6年生・既卒対象】

令和6年度 虎の門病院夏期学生見学募集要項

1. 対象 大学医学部5・6年・既卒
※大学へ見学の可否を必ずご確認ください
2. 受入期間 令和6年6月24日(月) ～ 令和6年8月14日(水)
3. 見学日数 1～5日(土日・祝日を除く(月)～(金))
4. 受入人数 診療科により異なります
5. 宿泊施設 なし。各自でご手配ください
6. 食事 持参もしくは院内のコンビニにて購入し、指定の場所を利用してください
7. 持参する物 白衣、ネームプレート、サージカルマスク、見学・実習前の健康状況用紙(見学当日に必ず持参をお願いいたします)
8. 申込み期間 令和6年5月27日(月) ～ 令和6年7月5日(金)
(定員に成り次第締め切らせて頂きます)
9. 申込み方法 「2024年度夏期学生見学申込み受付」フォームより申込みください
URLをクリックまたはQRコードを読み取ってください
URL: <https://req.gubho.jp/toranomon/form/gxihrap5>
QRコード: 
10. 必要書類 ①大学からの依頼状 ②履歴書
見学開始1週間前まで必着。書類確認後に当日の案内をメールします
※キャンセルする場合は、必ずご連絡ください

11. 留意事項 ①見学当日は感染予防のため、マスクの着用をお願いいたします
②見学中に体調が悪くなった場合はすぐにお申し出ください
③咳エチケット、手洗い、うがいの励行、感染リスクが高い場所を避けるなど、普段から感染予防と体調管理に努めてください
※今後、情勢の変化により見学期間内でも中止になる場合があります

12. 各科受入可能日 ※◎→カンファ等あり、見学におすすめです。

診療科	人数	受入可能日数															備考
		1日					2日				3日			4日		5日	
		月	火	水	木	金	月-火	火-水	水-木	木-金	月-水	火-木	水-金	月-木	火-金	月-金	
血液内科	2名	○	◎	◎	○	○	○	◎	○	○	○	◎	○	○	◎	○	8/13~8/14は不可
内分泌代謝科 (内分泌部門)	2名	○	○	◎		○											第3火曜は不可 8/13、8/14は不可
内分泌代謝科 (代謝部門)	2名					○				○							
呼吸器センター内科	1名	○	◎	◎	○	◎	○	◎	○	◎							7/19、8/9は不可
睡眠呼吸器科	1名	○				○											6/28、7/29、8/2は不可
呼吸器センター外科	2名	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	6/27、6/28は学会のため不可 7/29~8/2は不可
消化器内科 (胃・食道)	2名				○			○	○			○		○		○	
消化器内科 (胆・膵)	1~2名		○		◎	○				○		○	○		○		
肝臓内科	2名			○													
脳神経内科	1名	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
循環器センター内科	2名	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	7/25、7/26は不可
循環器センター外科	2名	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	7/5、7/11、8/2は不可
腎センター内科	2名	○	○	○	◎	○	○	○	◎	◎	○	◎	◎	○	○	○	6/28は不可
腎センター外科	2名				○				○	○							第1・3木曜日が望ましい
精神科	1名		○														7/16は不可
小児科	2名	全ての日程について、定員に達しました。															
産婦人科	2名	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	7/17~7/19は不可
消化器外科 (上部)	2名		○	○			○	○			○	○		○	○	○	7/3~7/5、7/17~7/19は学会 のため不可
消化器外科 (肝・胆・膵)	2名	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	7/17~7/19は学会のため不可
消化器外科 (下部)	2名	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	7/17~7/19は学会のため不可
乳腺・内分泌外科	3名	◎	○	○	○	◎	◎	○	○	◎							7/10~7/12は学会のため不可
脳神経外科 + 消化器外科	2名						○	○		○							(脳神経外科) 手術日→月・水・木曜日 6/26~6/28は学会のため不可 7/3~7/5は不可
脳神経血管内治療科	3名	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	8/13~8/14は不可
間脳下垂体外科	2名		○	◎		○		○									
整形外科	2名	◎	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
外傷センター	1名	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
形成外科	1名	○	◎	◎	○		○	◎	○		○	◎		○			7/8、7/11、7/25は不可
泌尿器科	1名	○	○	◎	○	○											
眼科	1名			◎													8/7、8/14は不可

診療科	人数	受入可能日数															備考	
		1日					2日					3日			4日			5日
		月	火	水	木	金	月-火	火-水	水-木	木-金	月-水	火-木	水-金	月-木	火-金	月-金		
耳鼻咽喉科	1名							○	○									
病理診断科	3名	○	○	◎	○	○	○	◎	◎	○	○	○	○	○	○			
臨床腫瘍科	3名	◎		◎											○			
臨床感染症科	1名		○	○	○			○	○							6/27、7/25は不可		
放射線治療科	1名	○		○	○	○												
救急科	1名	○	○	○	○													
皮膚科	1名	○	○	◎												7/16、8/5～8/9は不可		
分院肝臓内科	2名			○	○	○			○	○		○	○	○	○			
分院腎センター内科	2名			○		○										水曜日優先 7/31、8/2は不可		
分院整形外科	1名								○									

連絡先及び書類送付先

〒105-8470
東京都港区虎ノ門2-2-2

虎の門病院 医学教育部事務局
中山・富山・和久宛

※上記枠を切り取って使用出来ます。

学生見学専用アドレス: igakukengaku@toranomom.gr.jp

履 歴 書

※Eメールアドレスは、PCのアドレスをご記入下さい

ふりがな			申込み診療科
氏名		(印)	_____ 期間 月 日 ~ 月 日
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	歳	写真(上半身)
大学・学年	(年)		
大学住所	〒 - TEL - -		
現住所	〒 - TEL - - (携帯)TEL - -		
Eメールアドレス			令和 年 月 日撮影

学歴 (高校より記入)		年入学	年卒業
		年入学	年卒業
		年入学	年卒業
職歴			

所属サークル 課外活動		免許等	
----------------	--	-----	--

当院を志望 した理由	
---------------	--

今回の実習に 対する抱負・希望	
--------------------	--

見学・実習前の感染予防及び健康状態について

* 病院内は、高度免疫不全等のハイリスク患者さんが多くいらっしゃいます。

見学・実習の7日前から見学・実習終了までの期間は、大人数での会食等のハイリスク行動は避け、感染予防に努めてください。

* 虎の門病院での見学・実習を前にご自身の健康状態等についてお尋ねします。

以下の項目を記入し、参加当日(初日)に持参してください。

担当者は、記入内容を確認し、該当する項目がある場合は感染対策室に連絡してください。

所属	
氏名	
参加日(初日)	西暦 年 月 日

●見学・実習前 **10日以内**のことに回答してください。

1.	自身が新型コロナウイルス感染症と診断された	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2.	自身に 37.5℃以上の発熱もしくは感冒症状(鼻汁、咳、咽頭痛など)があった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

●見学・実習前 **7日以内**のことに回答してください。

3.	新型コロナウイルス感染症の方との濃厚接触※があった ※濃厚接触とは ①同居している ②一緒に飲食をした ③マスクなしで会話をした ④(マスクの有無に関わらず)2m以内の距離で15分以上一緒にいた ⑤勤務先(もしくは実習先)の指定する防護用具を装着せずに、 新型コロナウイルス感染症患者の診療をした	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
----	---	-----------------------------	------------------------------

●見学・実習**当日(初日)**の体調を記入してください。

4.	体温		℃
5.	感冒症状(鼻汁、咳、咽頭痛など)がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6.	感染症が疑われる症状(倦怠感、関節痛、下痢・おう吐、皮疹、眼の充血・かゆみなど)がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

●新型コロナワクチンの接種について記入してください。

※新型コロナウイルスワクチン接種は、見学・実習受入可否の項目ではありません。

7.	<input type="checkbox"/> ()回接種済み	最終接種	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未接種
----	-----------------------------------	------	-------	------------------------------

●見学・実習中及び終了**2日後までの間に、上記項目に該当する事柄が生じた場合は、速やかに担当者に報告**してください。