

喀痰吸引等実地研修 実施状況報告書

基本情報	対象者	氏名		生年月日				
		要介護認定状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)			
		障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
		住所						
	事業所	事業所名称						
		担当者氏名						
		管理責任者氏名						
担当看護職員氏名								

実地研修実施結果	実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日															
	実施日 (実施日に○)	(喀痰吸引) 平成 年 月							(経管栄養) 平成 年 月								
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
		8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14		
		15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21		
		22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28		
	29	30	31	29	30	31											
	実施行為	実施結果							特記すべき事項								
	喀痰吸引	口腔内の喀痰吸引															
		鼻腔内の喀痰吸引															
気管カニューレ内 部の喀痰吸引																	
経管栄養	胃ろう又は腸ろう による経管栄養																
	経鼻経管栄養																

上記のとおり、喀痰吸引等実地研修の実施結果について報告いたします。

平成 年 月 日

事業者名

責任者名

(指示書の交付を受けた者)

印

(指示書を交付した医療機関の医師) 殿