

喀痰吸引等実地研修 実施状況報告書

基本情報	氏名		生年月日	
	対象者	要介護認定状況	要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 )	
	障害程度区分	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)	年 月	(経管栄養)	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。

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