

喀痰吸引等実地研修 計画書

作成者氏名	㊟	作成日	
承認者氏名①	㊟	承認日	
承認者氏名②	㊟	承認日	

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)				
		障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
		障害名						
		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							
	担当医師氏名							

業務実施計画	計画期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	目標					
	実施行為	実施頻度/留意点				
	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					
	胃ろう又は腸ろうによる 経管栄養					
	経鼻経管栄養					
	結果報告予定年月日	年 月 日				