喀痰吸引等実地研修　実施状況報告書　（見本）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 住所 |  |
| 事業所 | 事業所名称 |  |
| 担当者氏名 | 受講者氏名 |
| 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 1 2 3 4 5 6 7  8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  | （経管栄養）　平成　　　年　　月 1 2 3 4 5 6 7  8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  |
|  | **実地研修の開始日から終了日** |
| 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 | 例：特に問題なく、安全に吸引できた。 |  |
| 鼻腔内の喀痰吸引 |  |  |
| 気管カニューレ内部の喀痰吸引 | **研修終了後、指示書を交付した医師に報告(提出)をお願いします。****りべるたすへの提出は不要です。** |  |
| 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