喀痰吸引等報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 対象利用者名 |  |
| 生年月日（才） |  |
| 要介護認定の状況 |  |
| 実施した日（回数含む） |  |
| 利用者の状態 |  |
| 実施した内容 |  |
| 実施した結果 |  |
| 残された課題 |  |

上記のとおり、喀痰吸引等の実施について報告いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

施設（事業所）名

管理者名

指導看護師名

特別養護老人ホーム　カルフール・ド・ルポ印南　様