（実地研修・様式９）

実地研修における喀痰吸引等実施計画書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講者氏名 | | |  | | 作成日 | |  | |
| 指導者氏名① | | |  | | 承認日 | |  | |
| 指導者氏名② | | |  | | 承認日 | |  | |
|  | | | | | | | | |
| 基本情報 | 対象者 | 氏名 | |  | | 生年月日 |  | |
| 住所 | |  | | | | |
| 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 | | | | |
| 主な疾患名 | |  | | | | |
| 対象者の希望 | |  | | | | |
| 事業所 | 事業所名称 | |  | | | | |
| 担当者氏名 | |  | | | | |
| 管理責任者氏名 | |  | | | | |
| 指導看護職員氏名 | | |  | | | | |
| 担当医師氏名 | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 研修実施計画 | 計画期間 | | | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | |
| 目標 | | |  | | | | |
| 実施行為 | | | 指示書の記載内容/留意点 | | | | 実施頻度 |
| 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 | | | | |