

喀痰吸引等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						
		研修生氏名						
		管理責任者氏名						
	担当看護職員氏名							

実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	平成 年 月	平成 年 月	
実施日 (喀痰吸引実施日に○) (経管栄養実施日に△)	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、喀痰吸引等の研修実施結果について報告いたします。

平成 年 月 日

事業者名

責任者名



(担当医師)

殿