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 |