

## 実地研修実施報告書

年 月 日

セントスタッフ株式会社 宛

**(実地研修実施施設・事業所)**

住所

名称

施設・事業所の長

㊦

次の研修受講者について、喀痰吸引等研修第一号・第二号研修における、実地研修を実施しましたので、実地研修評価票を添えて実施結果を報告します。

記

1 研修受講者氏名

--

2 実地研修の実施結果 ※実地研修を実施した行為に○印をし、実施結果を記入してください

○印	行為の種類	実施回数	成功回数	累積成功率	最終3回成功可否
	① 口腔内の喀痰吸引 (通常手順)	回	回	%	成功・不成功
	口腔内の喀痰吸引 (非侵襲的人工呼吸療法)	回	回	%	成功・不成功
	② 鼻腔内の喀痰吸引 (通常手順)	回	回	%	成功・不成功
	鼻腔内の喀痰吸引 (非侵襲的人工呼吸療法)	回	回	%	成功・不成功
	③ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (通常手順)	回	回	%	成功・不成功
	気管カニューレ内部の喀痰吸引 (侵襲的人工呼吸療法)	回	回	%	成功・不成功
	④ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (滴下)	回	回	%	成功・不成功
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 (半固形栄養剤)	回	回	%	成功・不成功
	⑤ 経鼻経管栄養	回	回	%	成功・不成功

※○印

3 実地研修評価票

別添のとおり

4 指導に当たった実地研修指導講師

所属	指導講師氏名

5 実地研修指導講師の意見 (合否の判定が必要な場合のみ、以下に意見を付してください。)