

作成者氏名	㊦	作成日	
医師氏名	㊦	承認日	
本人または親族等氏名	㊦	承認日	

基本情報	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 (指導看護師) 氏名				
	担当医師氏名				

実地研修実施計画	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			

※1 作成は指導看護師が行うこと。

※2 医師及び本人または親族等に承認をしてもらうこと。

※3 管理者の責任の下、研修期間を延長する際は関係者に同意を得て延長することができるものとする。