

(記入例)

喀痰吸引等研修 実地研修実施計画書

作成者氏名	神奈川 太郎 (指導看護師名) 印	作成年月日	20●●年●月●日
医師氏名	川崎 一郎 印	承認年月日	20●●年●月●日
本人または 親族氏名	横浜 花子 印	承認年月日	20●●年●月●日

基本 情報	対象者	氏 名	横浜 二郎			生 年 月 日	昭和10年1月10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	神奈川県川崎市〇〇〇△△△ 1-1-1						
	事業所	事業所名称	特別養護老人ホーム セントホーム						
		担当者氏名	東京 三郎						
		管理責任者氏名	日本橋 和子						
	担当看護職員 （指導看護師）氏名		神奈川 太郎						
担当医師氏名		川崎 一郎							

演習（振り返り演習）の翌日以降の日付を記入してください。

実地研修の最終日を記入してください。

演習(振り返り演習)の翌日以降の日付を記入してください。

実地研修の最終日を記入してください。

実地 研修 実施 計画	計 画 期 間	20●●年 ○月 ○日 ~ 20●●年 ○月 ○日
	目 標	介護職員が正しい手順で、安全に下記行為が実施できるようになる。
	実 施 行 為	実施頻度/留意点
	口腔内の喀痰吸引	体調面が普段と変わらない場合に限り実施。1日3回程度を想定。
	鼻腔内の喀痰吸引	実施無し。
	気管カニューレ内部の喀痰吸引	実施無し。
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	体調面が普段と変わらない場合に限り実施。昼食及び夕食時を想定。
	経鼻経管栄養	実施無し。
	結果報告予定年月日	20●●年 ○月 ○日

実地研修の最終日を記入してください。

※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。