

喀痰吸引等研修(現場演習及び実地研修)計画書

作成者氏名	印	作成日	
-------	---	-----	--

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				
		受講者氏名				
		事業所責任者氏名				
	指導看護師氏名					
	担当医師氏名					

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		
	実地研修修了予定	年 月 頃	

記入例

喀痰吸引等研修(現場演習及び実地研修)計画書

作成者氏名	印	作成日
-------	---	-----

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		
		障害名	認知症による嚥下機能障害		
		住所	沖縄県〇〇市〇〇〇		
	事業所	事業所名称	〇〇〇事業所		
		受講者氏名	〇〇 〇〇←当事業所の介護職員で当該研修を受講する者		
		事業所責任者氏名	〇〇 〇〇		
		指導看護師氏名	〇〇 〇〇		
		担当医師氏名	〇〇 〇〇		

研修実施計画	計画期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	目標	↑研修終了期日までの日付 利用者に必要な特定行為を含んだ内容を記載	
	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		
実地研修修了予定	年 月 頃←研修終了期日(要綱参照)までの日付		