

書き方

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	利用者に必要な特定行為を含んだ内容を記載 ↑ 研修終了期日までの日付		
	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			