

喀痰吸引等実地研修計画書

作成者氏名	㊦	作成日	
承認者氏名①	㊦	承認日	
承認者氏名②	㊦	承認日	

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			
	住所				
	事業所	事業所名称			
		担当者氏名			
		管理責任者氏名			
	担当看護職員氏名				
	担当医師氏名				
実地研修者氏名					

業務実施計画	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		