（様式７）

喀痰吸引等研修（特定行為業務）実施状況報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |
| 住所 | |  | | | |
| 研修受講者の事業 所 | | 事業所名称 | |  | | | |
| 責任者氏名 | |  | | | |
| 研修受講者氏名 | |  | | | |
| 連携する指導看護師等の事業所 | | 事業所名称 | |  | | | |
| 責任者氏名 | |  | | | |
| 担当指導看護師等氏名 | |  | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 研修実施結果 | 実施期間 | | | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | |
| 実施日  （実施日に○） | | | （喀痰吸引）　平成　　　年　　月  1 2 3 4 5 6 7  8 9 10 11 12 13 14  15 16 17 18 19 20 21  22 23 24 25 26 27 28  29 30 31 | | | （経管栄養）　平成　　　年　　月  1 2 3 4 5 6 7  8 9 10 11 12 13 14  15 16 17 18 19 20 21  22 23 24 25 26 27 28  29 30 31 | |
|  | | |  | |
| 実施行為 | | | 実施結果 | | | | 特記すべき事項 |
| 喀痰吸引 | 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 | |  | | | |  |
| 経管栄養 | 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 | |  | | | |  |
| 経鼻経管栄養 | |  | | | |  |

上記のとおり、喀痰吸引等の研修実施結果について報告いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　責任者名

　　　　○　○　○　○　　　殿