登録研修機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式　F

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会用

**喀痰吸引等研修（実地研修）計画書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 作成者氏名  （受講者名） | 印 | 作成日 |  |
| 承認者氏名  （実地研修指導講師） | 印 | 承認日 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業　務　実　施　計　画 | 計画期間 | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日 |
| 目　標 | |  |
| 実施行為 | | 実施頻度・留意点を記入 |
| 喀痰吸引 | 口腔内 |  |
| 鼻腔内 |  |
| 気管カニューレ  内部 |  |
| 経管栄養 | 胃ろうまたは  腸ろう（滴下） |  |
| 胃ろうまたは  腸ろう（半固形） | ※半固形演習を修了していますか（下記いずれかに☑）  □半固形演習を修了したことが確認できる書類を添付しました  □履修した学校等に問い合わせ半固形演習を修了したことを確認しました |
| 経鼻経管 |  |
| 結果報告予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |

※半固形演習に関する項目に必ずチェックをお願いいたします。