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☑）  □している（半固形演習を修了したことが確認できる書類を添付してください）  □していない |
| 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。