

喀痰吸引等研修 実地研修実施計画書

施設名： _____

- 1 類型 1号研修 (5行為：口腔・鼻腔内・気管カニューレ内喀痰吸引
胃ろう又は腸ろうからの経管栄養（滴下・半固形）
経鼻経管栄養)
- 2号研修 (行為) (口腔内喀痰吸引 鼻腔内喀痰吸引
 気管カニューレ内喀痰吸引
 胃ろう又は腸ろうからの経管栄養（滴下・半固形）
 経鼻経管栄養)

※ 2号研修は、行為数を記入して、実施する行為にを入れてください。

2 研修実施期間 年 月 日 ~ 年 月 日

3 研修受講者 () 名

受講番号	氏名	受講番号	氏名

※受講番号例：令和元年度基本研修受講の80番（受講年度－番号）⇒ R1-80)

令和2年度実地研修のみの受講（受講決定通知書に記載）⇒ R2-〇〇t)

4 指導者 () 名

職種	氏名	職種	氏名

5 同意が得られた利用者数 () 名 令和 年 月 日現在

	利用者数 (人)	備考 (他施設での実習になる場合は施設名を明記)
①口腔内吸引		
②鼻腔内吸引		
③気管カニューレ内吸引		
④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	(滴下) (半固形)	
⑤経鼻経管栄養		

※ 実施する行為にあわせて記入。

6 添付書類 (添付したものにを入れてから提出してください)

- 実施研修先体制確認シート (別紙)
- 包括指示書 (研修生が実施するための指示書)
- 利用者同意書 (研修生が実施するための同意書)