喀痰吸引等研修　実地研修実施報告書

一般社団法人山形県老人福祉施設協議会 会長 様

施設名

施設長名

下記のとおり、喀痰吸引等研修の実地研修を実施しましたので報告します。

| 受講番号 | 受講者氏名 |
| --- | --- |
|  |  |

１．受講者

２．実地研修の実施結果

　　実地研修実施期間：　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 選択した研修類型(どちらかに〇) | １号研修　　　　　２号研修 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施  行為 | 行為の種類 | 実施回数 | 成功回数 | 成功率 | 最終３回  成功確認 | 備考 |
|  | 口腔内のたんの吸引 | 回 | 回 | ％ |  |  |
|  | 鼻腔内のたんの吸引 | 回 | 回 | ％ |  |  |
|  | 気管カニューレ内のたんの吸引 | 回 | 回 | ％ |  |  |
|  | 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養(滴下) | 回 | 回 | ％ |  |  |
|  | 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養(半固形) | 回 | 回 | ％ |  |  |
|  | 経鼻経管栄養 | 回 | 回 | ％ |  |  |

①実地研修を行った行為のみ実施結果を記入してください。

②各行為の規程実施回数は、口腔内の吸引は１０回以上、それ以外は全て２０回以上となります。

③評価表を確認し、「最終３回の成功確認」欄に○印をつけてください。70％以上かつ、最終３回の成功で合格となります。

④口腔内吸引については、平成22年度から特別養護老人ホームにおいて実施の14時間の講習を受講された方は免除

となります。備考欄に『免除』と記入してください。

３．指導に関わった指導看護師　　　　　※印鑑は認印でお願いします。（シャチハタ不可）

㊞

㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 指導看護師(記名・捺印) | 指導看護師(記名・捺印) |
|  |  |
| ㊞ | ㊞ |
| ㊞ | ㊞ |
| ㊞ | ㊞ |
| ㊞ | ㊞ |

４．指導者評価票　別紙のとおり