

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。

1. 受講者

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

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○) | 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

※印鑑は認印をお願いします。(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