

秋田県介護職員等によるたん吸引等研修  
第三号研修(特定の者対象)利用者情報

特定様式 3

実地研修において、特定の利用者となる方の現在の状況について記入ください。  
利用者1名につき1枚の提出となります。

受講者氏名 \_\_\_\_\_

|             |  |  |        |
|-------------|--|--|--------|
| 利用者         | ふりがな   |  |        |
|             | 利用者名   |  |        |
|             | 生年月日   | 大正 ・ 昭和 ・ 平成      年      月      日 (      ) 歳 |        |
|             | 疾患(障害)名  |  |        |
|             | 訪問回数   | 回/週  |        |
|             | 居宅住所   | 〒      -                                     |        |
|             |  |  |        |
| 実施行為種別      | <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> |  | どちらかに○ |
|             | <input type="checkbox"/> 口腔内のたん吸引                              | 人工呼吸器 ( 有 ・ 無 )                              |        |
|             | <input type="checkbox"/> 鼻腔内のたん吸引                              | 人工呼吸器 ( 有 ・ 無 )                              |        |
|             | <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部のたん吸引                        | 人工呼吸器 ( 有 ・ 無 )                              |        |
|             | <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養                       | 滴下 ・ 半固形                                     |        |
|             | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養                                | 滴下 ・ その他                                     |        |
| ※実地研修の指導看護師 | 所属事業所  |  |        |
|             | 事業所所在地   | 〒      -                                     |        |
|             | 看護師名   | (※複数名の場合は、適宜、欄を追加して記入してください。)                |        |

※虚偽の申請、申込みを行った場合、受講を取り消すことがあります。御記入いただきました内容は、秋田県介護職員等によるたん吸引等研修第三号研修(特定の者対象)事業に関する業務に使用させていただきます。提出された文書に関しては返却できませんので、予めご了承ください。