

●実地研修 経過記録表

様式12

◆どちらかに○をつけてください。

	通常実地
	追加実地

◆実施する全ての行為に☑をつけてください。

☐ ①口腔内吸引
☐ ②鼻腔内吸引
☐ ③気管カニューレ内部吸引
☐ ④胃ろう又は腸ろう
☐ ⑤経鼻経管栄養

実地研修施設名

連絡先 (TEL) _____ (FAX) _____

受講番号 _____ 氏名 _____

※表中の「◎」印は、実地研修評価票の全ての項目について、「手順どおりに実施出来ている」となった場合(全て「○」)を意味する。「△」「×」がある場合は「×」と記入すること。

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
①	口腔内吸引 10回	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
②	鼻腔内吸引 20回	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
③	気管カニューレ 内部吸引 20回	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
④	胃ろう 又は 腸ろう 20回	滴 下	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		半固形	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
⑤	経鼻経管栄養 20回	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

<連絡事項>

<送信先>
FAX:018-864-2840 TEL:018-824-2444
 社会福祉法人秋田県社会福祉協議会
 施設振興・人材・研修部 介護職員等によるたん吸引等研修担当

※毎月末、県社協までFAXにて送信してください。また、実地研修を実施出来なかった月も送信をお願いします。

●実地研修 経過記録表

様式12

●実地研修 経過記録表について

注1)平成27年4月1日より二号研修の実施行為が任意となりました。

注2)毎月末、進捗状況及び実地研修を実施できなかった場合は、理由を連絡事項に記入し、県社協までFAXにて送信してください。

規定回数以上の回数を実施し、下記(ア)・(イ)のいずれも満たす場合、終了となりますので報告をしてください。

(ア)累積成功率が70%以上

(イ)最終3回のケアの実施において不成功が1回もない(連続3回成功)

※表中の「 」は、評価票の全ての項目が「○」と評価されたことを意味します。「△」「×」がある場合は「×」と記入してください。

項目	口腔吸引 10回以上																			
口腔内吸引 10回	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	10/1	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	/	/	/	/	/	/
例1	×	×	×	印	印	印	印	印	印	印										
例2	印	印	印	印	印	×	×	×	×	印	印	印	印	印						
例3	印	印	印	印	印	印	印	印	印	×										

行わない行為には下記のように斜線を引いてください。

気管カニューレ内 部吸引 20回	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

半固形は10回までの実施とします。

胃ろう又は腸ろう 20回	滴下	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	/	/	/	/	/	/	/	/
		印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印								
	半固形	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	○/○	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		印	印	印	印	印	印	印	印	印										

※毎月末、県社協までFAXにて送信してください。また、実地研修を実施出来なかった月も送信をお願いします。