

たん吸引等研修実地研修（特定の者対象）計画書

作成者氏名	㊟	作成日	
承認者氏名①	㊟	承認日	
承認者氏名②	㊟	承認日	

基本情報	対象者	氏名		生年月日		
		要介護認定状況	要支援（ 1 2 ）		要介護（ 1 2 3 4 5 ）	
		障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4 区分5 区分6
		障害名				
		住所				
	実施する事業所	事業所名称				
		責任者氏名				
		担当者氏名				
	連携する看護職員等の事業所	事業所名称				
		責任者氏名				
		担当看護職員氏名				
	担当医師の医療機関等	医療機関名称				
		代表者氏名				
		担当医師氏名				

研修実施計画	計画期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	目標				
	実施行為	実施頻度/留意点			
	口腔内のたん吸引				
	鼻腔内のたん吸引				
	気管カニューレ内部のたん吸引				
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養				
	経鼻経管栄養				
	結果報告予定年月日	年 月 日			