

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。