

# ●実地研修 経過記録表

◆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。