

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