

(様式2)

介護職員等たん吸引等実施研修「第三号研修・特定の者対象」

の現地研修に係る研修実施計画書

|       |   |     |  |
|-------|---|-----|--|
| 作成者氏名 | ㊦ | 作成日 |  |
| 管理者氏名 | ㊦ | 承認日 |  |

|          |           |         |             |      |                   |     |     |     |
|----------|-----------|---------|-------------|------|-------------------|-----|-----|-----|
| 基本<br>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      |             |      |                   |     |     |     |
|          | 事業所       | 事業所名称   |             |      |                   |     |     |     |
|          |           | 受講者氏名   |             |      |                   |     |     |     |
|          |           | 管理者氏名   |             |      |                   |     |     |     |
|          | 現地研修指導者氏名 |         |             |      |                   |     |     |     |
|          | 担当医師氏名    |         |             |      |                   |     |     |     |

|                |                     |               |  |  |  |  |  |
|----------------|---------------------|---------------|--|--|--|--|--|
| 研修<br>実施<br>計画 | 研修期間                | 年 月 日 ~ 年 月 日 |  |  |  |  |  |
|                | 実施行為                | 実施頻度/留意点等     |  |  |  |  |  |
|                | 口腔内の喀痰吸引            |               |  |  |  |  |  |
|                | 鼻腔内の喀痰吸引            |               |  |  |  |  |  |
|                | 気管カニューレ内部の<br>喀痰吸引  |               |  |  |  |  |  |
|                | 胃ろう又は腸ろうによ<br>る経管栄養 |               |  |  |  |  |  |
|                | 経鼻経管栄養              |               |  |  |  |  |  |
| 研修修了予定年月日      | 年 月 日               |               |  |  |  |  |  |