様式２

作成日　令和　　年　　月　　日

実地研修計画書

喀痰吸引等研修（特定の者対象・第３号研修）

受講者氏名		所属事業所	
対象利用者名		実施場所	□利用者の居宅　□その他（　　）
実施予定期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日		

実施する行為・評価票・修了日

実施する行為と手順の区分の□にチェックしてください。評価票は区分に応じた番号を使います。修了日は、全項目で「ア」が２回続いた日を指導看護師が記入します。

実施する行為	手順の区分	評価票	修了日
□口腔内の喀痰吸引	□人工呼吸器なし □人工呼吸器あり（口や鼻をおおうマスク型）	1 2	月　日
□鼻腔内の喀痰吸引	□人工呼吸器なし □人工呼吸器あり（口や鼻をおおうマスク型）	3 4	月　日
□気管カニューレ内部の喀痰吸引	□人工呼吸器なし □人工呼吸器あり（気管切開部につなぐ型）	5 6	月　日
□胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	□滴下型の液体栄養剤 □半固形の栄養剤（胃ろうのみ）	7 8	月　日
□経鼻経管栄養	□滴下型の液体栄養剤	9	月　日

※経管栄養は、利用者が使っている栄養剤で行います（補水液は不可）。実施の記録は評価票に記入してください。

指導看護師

氏名		資格	□看護師 □保健師 □助産師 □医師
所属・電話		指導者養成研修	□修了（受講確認書類の写しを添付）

緊急時の連絡先

	名称・氏名	電話番号
主治医		
家族等		
事業所		

※事故・ヒヤリハットが起きたときは、利用者の安全を確保し、指導看護師の指示に従って対応したうえで、株式会社シエラ（070-9039-0296）へ速やかに報告してください。

開始前の確認

□基本研修を修了している　□承諾書／誓約書（様式３）がある　□実地研修同意書（様式４－１又は４－２）がある
□医師の指示書（様式５）がある
□利用者宅等の器具で練習し、指導看護師が「手順どおりできる」と確認した

指導看護師	（署名）	事業所責任者	（署名）

※実地研修の開始前に写しを提出し、終了後に修了日を記入した写しを評価票とあわせて提出してください。