

## 喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書

基本情報	対象者	氏名		生年月日	T・S・H	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	
		住所							
	事業所	事業所名称							
		担当者氏名							
		管理責任者氏名							
担当看護職員氏名									

業務実施結果	実施期間		年 月 日 ～							年 月 日							
	実施日 (実施日に○)	(喀痰吸引)	令和	年	月					(経管栄養)	令和	年	月				
			1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
			8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14
			15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21
			22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28
			29	30	31			29	30	31							
	実施行為		実施結果							特記すべき事項							
	喀痰吸引	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喀痰吸引																	
経管栄養	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(滴下型)																
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養(半固形栄養剤)																
	経鼻経管栄養																

上記のとおり、喀痰吸引等の業務実施結果について報告いたします。

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 殿

事業者名

責任者氏名

(印)

実地研修実施者氏名

(印)