全24障福(５・７・９・11)特－５

　　　年　　　月　　　日現在

　2024神奈川県委託「介護職員に対する喀痰吸引等研修事業」

　**【基本研修（講義・演習）、知識獲得確認テスト、実地研修】**

第３号（特定の者対象）研修　第（　）回　全課程

　　　**実　地　研　修　報告書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 施設・事業所名 |  |
| 代表者名 |  |
| 施設・事業所住所 | 〒 |
| 研修担当者名 |  | 電話：　　　　　　　　　Fax: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講生氏名(生年月日)和暦 | 例**神奈川　太郎** | １ | ２ |
| (S/　**29**年　**４**月　**１**　日) | (S/H　　年　　　月　　　日) | (S/H　　年　　　月　　　日) |
| 利用者氏名 | 　**川崎　月子** |  |  |
| 該　当 | 回　数 | 　該　当 | 回　数 | 　該　当 | 回　数 |
| 喀痰吸引 | Ａ 口腔内 | **◯** | **３** |  |  |  |  |
| Ｂ 鼻腔内 | **◯** | **５** |  |  |  |  |
| Ｃ 気管カニューレ内部 |  |  |  |  |  |  |
| 経管栄養 | Ｄ 胃ろう・腸ろう | **◯** | **２** |  |  |  |  |
| Ｅ 経鼻経管栄養 |  |  |  |  |  |  |
|  | 修了年月日合　否 | 　**△**月　**□**　日　合格日 | 　　月　　　日　合格日 | 　　月　　　日　合格日 |
| 実地研修会場 | **利用者様ご自宅** |  |  |
| 指導講師（看護師等） | 氏　名 | 　**横浜　花子**　　　　　　　　　　印 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印（必須） | 　　　　　　　　　　印（必須） |
| 所　属 | **◯◯看護ステーション** |  |  |
| ＊事務局記入欄修了証 | 発行番号 |  |  |  |
| 交付年月日 |  |  |  |
| 医行為 |  |  |  |

※受講生利用者が多い場合は用紙をコピーして(○／○)と枚数を記して下さい　　全体報告書（　　　／　　　）

* 指導講師（看護師等）による**評価票**の写しを添付。
* 医師の研修指示書の写し　及び　利用者さんの同意書の写しを添付してください。

ＮＰＯ法人　フュージョンコムかながわ・県肢体不自由児協会