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 | |  |
| 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 | | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | |
| 実施日  （実施日に○） | | （喀痰吸引）　令和　　　年　　月  1 2 3 4 5 6 7  8 9 10 11 12 13 14  15 16 17 18 19 20 21  22 23 24 25 26 27 28  29 30 31 | | （経管栄養）　令和　　　年　　月  1 2 3 4 5 6 7  8 9 10 11 12 13 14  15 16 17 18 19 20 21  22 23 24 25 26 27 28  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 |  | | |  |
| 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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　責任者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施状況報告書

記入例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |
| 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 | | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | |
| 実施日  （実施日に○） | | （喀痰吸引）　令和　　　年　　月  1 2 3 4 5 6 7  8 9 10 11 12 13 14  15 16 17 18 19 20 21  22 23 24 25 26 27 28  29 30 31 | | （経管栄養）　令和　　　年　　月  1 2 3 4 5 6 7  8 9 10 11 12 13 14  15 16 17 18 19 20 21  22 23 24 25 26 27 28  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 |  | | |  |
| 経鼻経管栄養 |  | | | 指示を頂いた医師へ報告をする。  あらかじめ施設名と施設の代表者名を記入しておく |

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名　特別養護老人ホーム○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　責任者名　施設長　○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿