（特定－様式３）

**【喀痰研修】実地研修実施票（１手技ごとに１枚）**

※認定を受けようとする利用者およびケアの種類毎に記入して下さい　　　No.

**研修生名：**

**ケアの必要な利用者：**

**認定を受けようとするケアの種類**　　：　 口腔吸引（通常手順・口鼻マスク）

鼻腔吸引（通常手順・口鼻マスク）

（該当するものに○をしてください）　 気管カニューレ内吸引（通常手順・人工呼吸器装着

　　　　 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

　　　　 経鼻経管栄養

**実地研修開始前に、上記研修生は安全な手技でケアの実施が出来ることを確認し、**

**基本研修の演習終了を認めます。**

指導看護師（所属）：

　　　　　（氏名）:　 　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修生記入欄 |  | | 直前演習 | １回目 | ２回目 | ３回目 |
| 実地研修日時 | 月日 |  |  |  |  |
| 時間 |  |  |  |  |
| 研修の記録  ※研修内容や感想等 | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指導看護師記入欄 | 指導のポイント |  |  |  |  |
| 指導看護師名 |  |  |  |  |
| サイン又は確認印 |  |  |  |  |

※複数枚使用する際は、コピーして使ってください。

★実地研修実施票と評価票の行為があっているか、ご確認ください

★提出前に記載漏れが無いか、再度ご確認ください。