

実地研修 実施報告書

受講者氏名		受講者番号	
事業所名		利用者氏名	
実地研修内容	1 口腔内の喀痰吸引	4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
	2 鼻腔内の喀痰吸引	5 経鼻経管栄養	
	3 気管カニューレ内部の喀痰吸引	※ 人工呼吸器の使用 有 ・ 無	
指導看護師氏名		事業所名	

実施日	実施時間	実地研修内容（1～5）・回数 ※演習は記入不要
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)
/	:	(回目)