

喀痰吸引等研修（第一号、第二号研修）  
「介護職員実地研修」研修修了報告書

年 月 日

(登録研修機関の長又は部署の長) 様

施設・事業所名

施設長・管理者名



次のとおり、実地研修が修了しましたので報告します。

- 1 介護職員名
- 2 指導看護師名
- 3 実施した医行為

実施した医行為に○印を付けてください	特 定 行 為
	①口腔内の喀痰吸引
	①人工呼吸器装着者への口腔内の喀痰吸引
	②鼻腔内の喀痰吸引
	②人工呼吸器装着者への鼻腔内の喀痰吸引
	③気管カニューレ内部の喀痰吸引
	③人工呼吸器装着者への気管カニューレ内部の喀痰吸引
	④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
	⑤経鼻経管栄養

※研修の類型区分

<第一号研修> ①～⑤すべて実施

<第二号研修> ①～⑤のうち1～4種実施

- 4 実地研修評価結果  
別添のとおり

**※以下の書類を添付してください。**

- ・研修評価票（指導者評価票・自己評価票）の写し
- ・医行為実施対象者票
- ・ヒヤリハット・アクシデント報告書の写し（指導者評価票において、実施の評価がウ又はエの評価となった場合）