

社会福祉法人 大阪府社会福祉事業団 喀痰吸引等研修（第二号研修） 様式⑨
社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
喀痰吸引等研修（第二号研修） 実地研修 完了報告書

社会福祉法人 大阪府社会福祉事業団 理事長 様

住所

施設（事業所）名

施設（事業所）長名

公印

次の受講者について、実地研修を実施しましたので、下記のとおり実施結果を 報告します。

記

1. 受講者氏名

--

2. 指導に当たった指導看護師

所属（施設（事業所）名	修了証書番号	氏名

3. 実地研修の実施結果

行為の種類	実施回数	成功回数	累積成功率	最終3回の成功
口腔内のたんの吸引	回	回	%	
鼻腔内のたんの吸引	回	回	%	
胃ろう又は腸ろうの経管栄養	回	回	%	

※ 実地研修の規定回数は口腔内の吸引は10回以上、それ以外は全て20回以上となります。

※ 評価票を確認し「最終3回の成功」欄に○印を付けてください。各行為の累積成功率の全てが7割（70%）以上、最終3回の成功で実地研修が修了となります。

4. 指導者評価票 別添のとおり

以上