（別添様式６）

**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 | | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施日  (実施日に〇) | | （喀痰吸引）　　　年　　　月 | | | | | | | | | | （経管栄養）　　　　年　　　月 | | | | | | | | | |
|  | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 |  |  | 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 |  |
|  | 8 | 9 | 10 | | 11 | 12 | 13 | 14 |  |  | 8 | 9 | 10 | | 11 | 12 | 13 | 14 |  |
|  | 15 | 16 | 17 | | 18 | 19 | 20 | 21 |  |  | 15 | 16 | 17 | | 18 | 19 | 20 | 21 |  |
|  | 22 | 23 | 24 | | 25 | 26 | 27 | 28 |  |  | 22 | 23 | 24 | | 25 | 26 | 27 | 28 |  |
|  | 29 | 30 | 31 | |  |  |  |  |  |  | 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 | 胃ろうまた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。

年　　　月　　　日

事業者名

責任者名

　　　　　　　　　　　　様（医師）