（様式２）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理者 |  |  | 担当者 |
|  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　喀痰吸引等計画書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 作成者氏名 | | |  | | 作成日 | |  |
| 承認者氏名① | | |  | | 承認日 | |  |
| 承認者氏名② | | |  | | 承認日 | |  |
|  | | | | | | | |
| 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　） | | | |
| 障害支援区分 | | 区分１　　区分２　　区分３　　区分４　　区分５　　区分６ | | | |
| 障害名 | |  | | | |
| 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 | | |  | | | |
| 担当医師氏名 | | |  | | | |
|  |  | | | | | | |
| 業務実施計画 | 計画期間 | | | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | |
| 目標 | | |  | | | |
| 実施行為 | | | 実施頻度/留意点 | | | |
| 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 | | |  | | | |
| 胃ろう又は腸ろうに  よる経管栄養 | | |  | | | |
| 経鼻経管栄養 | | |  | | | |
| 医師への結果報告頻度 | | |  | | | |

　　　　利用者及び家族への説明年月日　　年　　月　　日　説明者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者及び家族氏名