

実 施 状 況 確 認 書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者 住所 _____

電話 () _____

氏名 _____ 印

署名又は記名押印してください。

生年月日 _____

(介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律附則第 14 条関係)

次の項目のうち確認済みのものについて、「✓」を付けてください。

- 喀痰吸引及び経管栄養の実施は医行為であることを理解している。
- 喀痰吸引等を行うには、医師の指示及び看護職員との連携の下に行う必要があることを理解している。
- 清潔の概念を理解している。
- 正しい手洗いができる。
- 急変状態（意識状態、呼吸、脈拍、痛み、苦痛など）を見逃さず、看護師への報告等、適切に対処できる。
- 喀痰吸引に使用する器具を適切に取り扱うことができる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 喀痰吸引を適切に実施できる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 喀痰吸引を行う場合の危険性を理解している。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養に使用する器具の取扱いができる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養を適切に実施できる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）
- 経管栄養を行う場合の危険性を理解している。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）