

(様式3)

業務方法書に規定した決裁（承認）ルートとして
ください。

管理者			担当者

喀痰吸引等実施状況報告書

基本情報	氏名		生年月日	
	対象者	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6
		住所	事業所名等、事前に記載できる内容は記載してください。	
	事業所	事業所名称	特別養護老人ホーム福岡県庁	
		担当者氏名	福岡 太郎	
		管理責任者氏名	福岡 太郎	
	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○)	(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	実施する行為以外は削除してください。			
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	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養				
		特記すべき事項			

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。

○ ○ ○ ○ 殿

年 月 日

事業者名

責任者名

印