

(様式6)

実地研修 記録用紙

受講者氏名《 _____ 》

※該当項目を○で囲む《 項目；たんの吸引（ 口腔 鼻腔 気管カニューレ内 人工呼吸器（回路 マスク）・経管栄養（ 経鼻経管 胃ろう 腸ろう ）

対象者の情報（氏名： _____ 様）

| |
|--|
| |
|--|

指示書の確認

| |
|--|
| |
|--|

実施記録

| 回数 | 実施日時 | 対象者の状況 | 実施する際に留意した点・実施内容 | 振り返りと今後の課題 | 指導看護師 |
|----|------|--------|------------------|------------|-------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

上記のとおり実地研修を修了したことを認めます
指導看護師等氏名 _____ 印