**介護職員等による喀痰吸引等実施報告書**

報告日　　　　　　年　　月　　日

報告者

　事業所名

　喀痰吸引等業務従事者氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  利用者氏名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成　　年　　月　　日 |
|  |  |
| 実施日時 | 年　　月　　日　　（　　　時　　　分） | | |
| 実施したケア | 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部・胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養 | | |
| 記録内容 | ※たん吸引実施時の吸引した内容物の種類や性状、量など  ※経管栄養実施時の栄養剤の種類、内容、量、注入時間など | | |
| 特記事項  （状態の変化、利用者の訴え、異常等） |  | | |
| 看護職員等の指導助言等 |  | | |