**介護職員等による喀痰吸引等実施計画書**

作成日　　　　　　年　　月　　日

作成者

　事業所名

　事業所管理責任者氏名

　喀痰吸引等業務従事者氏名

　看護職員等氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  利用者氏名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成　　年　　月　　日 |
|  |  |
| 実施期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | |
| 障害名  または  病名等 |  | | |
| ケア実施にあたっての課題 |  | | |
| アセス  メント |  | | |
| ケア実施上の留意点 |  | | |