

記入例

喀痰吸引等業務（特定行為業務）計画書

作成者氏名	〇〇 〇〇	作成日	令和3年 10月 1日
承認者氏名①	△△ △△		10月 2日
承認者氏名②	□□ □□		10月 2日

・「計画作成者」、「承認者氏名①」、「承認者氏名②」は、それぞれ異なる方の氏名をご記入ください。
・指導看護師1名以上による承認を受けてください。

基本情報	氏名	近江 一郎	生年月日	〇年〇月〇日
	要介護認定状況	要支援 (1 2)	要介護 (① 2 3 4 5)	
	障害程度区分	区分1	計画書はケアの対象者毎に作成が必要です。	
	障害名			
	住所	〇〇市〇〇町〇〇		
	事業所名称	〇〇事業所		
	担当者氏名	滋賀 太郎 志賀 二郎		
	管理責任者氏名	〇〇 〇〇		
担当看護職員氏名	琵琶 花子			
担当医師氏名	〇〇 〇〇			

担当する介護職員の氏名

担当する指導看護師の氏名

業務実施計画	計画期間	令和3年 10月 15日 ~ 4年 4月 14日	
	目標	医師の指示書の有効期間が最大6か月間であることからその範囲内で記入願います。(医師の指示書に記載された期間内)	
	実施行為	実施頻度/留意点	
	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	・実施する行為全ての計画を作成し、記入してください。 ・対象者の状態や個別性を踏まえたうえ、医師の指示書に基づき、具体的な数値を入れながら実際に行動できるような計画を作成してください。	
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		
	経鼻経管栄養		
結果報告予定年月日	4年 4月 30日		