

(様式2)

業務方法書に規定した決裁（承認）ルートとして
てください。

管理者			担当者

喀痰吸引等計画書

作成者氏名	㊟	作成日	
承認者氏名①	㊟	承認日	
承認者氏名②	㊟	承認日	

基本情報	対象者	氏名		生年月日	
		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	事業所名等、事前に記載できる内容は記載してください。	
		障害名		5	区分6
		住所			
	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				
	担当医師氏名				

業務実施計画	計画期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	目標	実施する行為以外は削除してください。	
	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		
	胃ろう又は腸ろうによる経管栄養		
	医師への結果報告頻度		

利用者及び家族への説明年月日 年 月 日 説明者氏名
利用者及び家族氏名