

【医行為実施対象者票】(指導看護師記入)

施設・事業所名

指導看護師名

対象者番号	記入日	性別	年齢	要介護度・障害程度区分	実施しているケアの種別 (複数回答可)						現在の居所	備考欄 (自由記入)
					たんの吸引			経管栄養				
					口腔内	鼻腔内	気管カニューレ内部	人工呼吸器装着の有無	※非侵襲的人工呼吸療法含む	胃ろう		
例	2013年 2月 1日	男・女	81 歳	要支援 () 要介護 (4) 障害程度区分 () その他 ()	○			有・無 ○	○		1・2・3・4・ 5・6・7・ 8 ()	
	年月日	男・女	歳	要支援 () 要介護 () 障害程度区分 () その他 ()				有・無			1・2・3・4・ 5・6・7・ 8 ()	
	年月日	男・女	歳	要支援 () 要介護 () 障害程度区分 () その他 ()				有・無			1・2・3・4・ 5・6・7・ 8 ()	
	年月日	男・女	歳	要支援 () 要介護 () 障害程度区分 () その他 ()				有・無			1・2・3・4・ 5・6・7・ 8 ()	
	年月日	男・女	歳	要支援 () 要介護 () 障害程度区分 () その他 ()				有・無			1・2・3・4・ 5・6・7・ 8 ()	
	年月日	男・女	歳	要支援 () 要介護 () 障害程度区分 () その他 ()				有・無			1・2・3・4・ 5・6・7・ 8 ()	
	年月日	男・女	歳	要支援 () 要介護 () 障害程度区分 () その他 ()				有・無			1・2・3・4・ 5・6・7・ 8 ()	
	年月日	男・女	歳	要支援 () 要介護 () 障害程度区分 () その他 ()				有・無			1・2・3・4・ 5・6・7・ 8 ()	