別記様式第１４号

　 認定特定行為業務従事者認定証（経過措置）交付申請書添付書類③

　 実施状況確認書

年　　月　　日

 　　群馬県知事　あて

　申請者　本籍（国籍）

住　　所

電　　話　　　　　（　　　　　）

フリガナ

　　　　　　　氏　　名

生年月日

所　　属

　　 以下の項目のうち確認済みのものについて、□に「レ」を付けてください。

　　 □　喀痰吸引及び経管栄養の実施は医行為であることを理解している。

　　 □　喀痰吸引等を行うには、医師の指示及び看護職員との連携の下に行う必要があることを理解してい

　　　 る。

　　 □　清潔の概念を理解している。

　　 □　正しい手洗いができる。

　　 □　急変状態（意識状態、呼吸、脈拍、痛み、苦痛など）を見逃さず、看護師への報告等を適切に対処で

　　　 きる。

　　 □　喀痰吸引に使用する器具を適切に扱うことができる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合の

　　　 み）

　　 □　喀痰吸引が適切にできる。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）

　　 □　喀痰吸引を行う場合の危険性を理解している。（喀痰吸引を対象とする認定証の申請の場合のみ）

　　 □　経管栄養に使用する器具の取扱いができる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）

　　 □　経管栄養が適切に実施できる。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）

　　 □　経管栄養を行う場合の危険性を理解している。（経管栄養を対象とする認定証の申請の場合のみ）