

FAX：0983-42-5530

地方独立行政法人 西都児湯医療センター 看護部
摂食嚥下障害看護認定看護師 研修 依頼書

今日の日付 年 月 日

依頼者名 様

所属機関名

所属部署

TEL

FAX

E-mail

1. 研修をご希望される内容の口欄に、レ（チェック）を入れて下さい。

摂食嚥下障害看護全般

- | | | | |
|------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| ・摂食嚥下機能評価 | <input type="checkbox"/> | ・安全な食事介助方法 | <input type="checkbox"/> |
| ・嚥下訓練 | <input type="checkbox"/> | ・安全な食事形態選定、トロミ調整 | <input type="checkbox"/> |
| ・食事ポジショニング | <input type="checkbox"/> | ・誤嚥性肺炎に関するリスク管理 | <input type="checkbox"/> |
| ・口腔ケア | <input type="checkbox"/> | ・脳神経フィジカルアセスメント評価方法 | <input type="checkbox"/> |

特定行為関連

- | | | | |
|--------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| ・フィジカルアセスメント | <input type="checkbox"/> | ・臨床推論 | <input type="checkbox"/> |
| ・輸液について | <input type="checkbox"/> | ・水分、栄養管理 | <input type="checkbox"/> |

2. 開催日の希望

第1希望日 月 日 時 ~ 時

第2希望日 月 日 時 ~ 時

3. 依頼したい研修内容等

1. 研修時間 () 分程度の研修

2. 研修の対象者 ()

3. 研修内容 ()