**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**

**摂食嚥下障害看護特定認定看護師　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**

**摂食嚥下障害看護特定認定看護師が研修対応できる内容**

**１．研修時間　　（　　　　　　　　　　）分程度の研修**

**２．研修の対象者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**３．研修内容　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**摂食嚥下障害看護全般**

**・嚥下機能の評価　・安全な食事介助方法　・経管栄養について（チューブ、胃ろう管理）**

**・摂食嚥下訓練　　・食事形態、トロミ調整　・気管切開患者の嚥下評価、訓練**

**・食事ポジショニング調整法　・リスク管理（水分出納、栄養管理、呼吸管理、誤嚥性肺炎予防）**

**・口腔ケアについて　・嚥下に関わる脳神経フィジカルアセスメント評価方法　など**

**特定行為関連**

**・フィジカルアセスメント評価方法について　・臨床推論について**

**・輸液管理について　・水分、栄養管理　など**

**依頼したい研修内容等**

**第１希望日　　　　　月　　　　　日　　　　　時　～　　　　　時**

**第２希望日　　　　　月　　　　　日　　　　　時　～　　　　　時**

**開催日の希望**