別記第 17 号様式の４（第 17 条関係）

認定特定行為業務従事者認定証（経過措置対象者）交付申請書添付書類③

実施状況確認書

住民票と一致させてください。

○○年○○月○○日

栃木県知事　様

申請者　住所　　栃木県宇都宮市竹林町１０３０－２

電話　　０２８（×××）××××

氏名（フリガナ）　栃木（トチギ）　花子（ハナコ）

押印は不要です。

性別　男　女

生年月日　昭和４８年３月××日

所属　　特別養護老人ホームとちぎ

必ず、必要事項をすべて確認済みの状態にした上で、申請してください。

所属事業所名を記入。
※所属法人名ではありません。

（介護サービスの基盤[illegible]ための介護保険法等の一部を改正する法律附則第 14 条関係）

以下の項目のうち確認済みのものについて、「✓」をつけてください。

☑　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。

認定を受けたい行為の種類によって、チェックをつけなくてもよい項目があります。

☑　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[illegible]、適切に対処できる。

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

☑　喀痰吸引が適切に実施できる。（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）

[illegible]の申請の場合のみ）

○注意

記載内容を訂正する場合は、二重線で訂正してください。