**訪問支援　１回目の報告（施設用）**

様式5

報告日：令和　7年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 記　　載　　欄 |
| 施設名（派遣先） | 社会福祉法人〇〇　・・・・・（記録者名　　　　　　　） |
| （いずれかに☑ ：[ ] 医院（入院有　入院無）　[ ] 高齢者施設　[ ] その他）　 |
| 住所 | 〒　　　　　 |
| 電話番号 |  |
| 施設側管理者 |  |
| 実施日時 | 実施日時：令和　　年　　月　　日（　　曜日）　13：30～15：00（　　　分） |
| 受講者の職種(ｶｯｺ内は受講人数) | [ ] 看護師　（　　　名）　　[ ] 准看護師（　　　名）　　[ ] 介護職員（　　　名）　 |
| [ ] 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（　　 　名）　　[ ]  MSW・PSW（　 　　名） |
| [ ] その他［職種：　　　　　　 ］（　 　　名）　　　※合計（　　　　名） |
| ラウンドによる気づきや今後の取組み | 具体的に記載をお願いします |
| 1. 体制

委員会マニュアル | ・ |
| 1. 職員の健康管理
 | ・ |
| 1. 備品の整備

　手指衛生防護服吐物処理消毒薬　等 | ・ |
| 1. 施設環境整備
 | ・ |
| 1. 職員研修

（内容・時期） | ・ |
| 今後取り組もうと思うこと | ①②③ |
| 担当者の感想ご意見等 | ・ |

＜返信・返送方法について＞

1. Ｅ－ｍａｉｌ：kansen@nurse-hiroshima.or.jp
2. ＦＡＸ：082－295－5361　（公社）広島県看護協会　総務部宛
3. 郵　送：〒730－0803　広島市中区広瀬北町9-2

訪問時の写真

|  |  |
| --- | --- |
| １回目（　/　） | ２回目（　/　） |
| ①取組み課題の写真 | 取組み後の写真 |
| ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |