

F A X 送 信 票

F A X 番 号 : 0 9 8 - 8 8 8 - 3 1 2 6

送 信 先	沖縄県看護協会 事務局 行 〒901-1105 南風原町字新川 2 7 2 - 1 7 TEL 098-888-3155
-------	--

平成26年度「介護施設看護職研修会」への出席について

1. 施設名： _____

2. いずれかを○で囲んでください。

出席できる ・ 出席できない

3. 氏 名： _____ (1日 午前のみ 午後のみ)

_____ (1日 午前のみ 午後のみ)

_____ (1日 午前のみ 午後のみ)

_____ (1日 午前のみ 午後のみ)

※ 参加時間に ○ をつけてください。人数の制限はありません

事前アンケート

① 利用者急変対応マニュアルはありますか？

a マニュアルある b ない c 作成予定 d 作成しない e 不明

② 利用者急変時の訓練を行っていますか？

a 実施している (全職員 ・看護職のみ) b したことない c 実施予定

③ 急患発生時対応の備品はどのようなものがありますか？ (複数回答可)

a AED b 酸素ボンベ c 吸引器 d パルスオキシメーター e 血糖測定器

f 救急カート (アビュバック、心マッサージ板、血管確保セット) g その他 ()

④ 事故発生 (転倒転落、誤飲、誤薬、その他) で困っていること等がありましたら記入し

てください。 (

)

※ 8 月 8 日 (金) までに F A X お願いします。