

介護職員等喀痰吸引等指示書（実地研修用）

参考様式3 特定

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間（平成 年 月 日～ 年 月 日）

事業者		事業者種別			
		事業者名称			
対象者	氏名			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
	住所			電話 ( )	-
	要介護認定区分	要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 )			
	障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4 区分5 区分6
	主たる疾患(障害)名				
実施行為種別 印をしてください。		口腔内の喀痰吸引 ・ 鼻腔内の喀痰吸引 ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 (人工呼吸器装着の 有 ・ 無 ) 胃ろうによる経管栄養 ・ 腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養			
指示内容	具体的な提供内容				
	喀痰吸引 (吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む)				
	経管栄養 (栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)				
	その他留意事項 (介護職員等)				
その他留意事項 (看護職員)					
(参考) 使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ : _____ Fr、種類 :			
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類 : ボタン型・チューブ型、サイズ : _____ Fr、 _____ cm			
	3. 吸引器				
	4. 人工呼吸器	機種 :			
	5. 気管カニューレ	サイズ : 外径 _____ mm、長さ _____ mm			
	6. その他				
緊急時の連絡先 不在時の対応法					

「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

受講者氏名 1

受講者氏名 2

下記事業所の \_\_\_\_\_ が指導看護師の指導の下、  
上記の行為について、実地研修を行うことを承認し、指示いたします。

平成 年 月 日

機関名

住所

事業所名

電話

( 事業所の長 )

殿

(FAX)

医師氏名