

(参考様式)

「介護職員等たん吸引等実施研修（第三号研修・特定の者対象）」  
実地研修用

## 医 師 指 示 書

対象利用者	氏名	
	住所	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔内（咽頭の手前まで）のたん吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内（咽頭の手前まで）のたん吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部のたん吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養（状態確認は看護職員） <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養（状態確認は看護職員） <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養（チューブの挿入状態は看護職員）	
指示内容	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	実地研修指導者（看護師）	
	実地研修受講者（介護職員）	
緊急時の連絡先 不在時の対応法		

上記のとおり指示します。本指示書の有効期間は発行日から研修修了日までとする。  
ただし、病状の変化等により指示の変更が生じた場合は改めて指示を行う。

事業所名（ ）指導看護師（ ）様  
事業所名（ ）指導看護師（ ）様  
事業所名（ ）指導看護師（ ）様

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_  
F A X \_\_\_\_\_  
医 師 氏 名 \_\_\_\_\_ 印