

介護職員等喀痰吸引等指示書
(介護職員等たん吸引等実地研修会(特定の者対象)実地研修用)

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

研修受講者		事業所名						
		受講者名						
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		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 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								

※「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「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。

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

機関名
住所
電話
(FAX)

医師氏名



(研修指導者所属・氏名)

殿