

介護職員等たん吸引等指示書（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（ 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。		口腔内のたん吸引 ・ 鼻腔内のたん吸引 ・ 気管カニューレ内部のたん吸引 （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	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

受講者氏名 3

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。

事業所名

記入日 年 月 日

事業所の長

様

機関名

住 所

医師名

印

電 話