

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	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)						
	障害支援区分	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