

包括指示書（実地研修）

施設（事業所）名 _____

指導看護師名 _____ 様

下記の利用者に対して、医師・指導看護師の指導の下、指導看護師と介護職員(基本研修の講義部分について知識が習得されているか筆記試験により確認され、演習について評価基準を満たしたものが)協働して下記の医療的ケアを実施することを指示します。

記

1 対象利用者名

[利用者名] _____

[生年月日] _____ 年 _____ 月 _____ 日

2 指示事項

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 口腔内のたん吸引 | <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 |
| <input type="checkbox"/> 鼻腔内のたん吸引 | <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 |
| <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部のたん吸引 | <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 |

指示内容(喀痰吸引等の実施内容)

3 留意事項(喀痰吸引等計画書に記載すべき事項を含む)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

機関名 _____

医師氏名 _____ 印

自署の場合は、押印不要です。