

(様式2)

喀痰吸引等実地研修に係る指示書

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	
	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					
実地研修種別		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						

- ※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。
- ※2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実地研修種別」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。

年 月 日

機関名  
住所  
電話  
(FAX)

医師氏名



(喀痰吸引等実地研修実施事業者の長) 殿