

介護職員等喀痰吸引等実地研修 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 (受講者)		事業者種別				
		事業者名称				
対象者	氏名			生年月日	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						

※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。

年 月 日

機関名
住所
電話
(FAX)

医師氏名



(喀痰吸引等実地研修指導者 (事業者の長)) 殿