介護職員等喀痰吸引等指示書

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・令 年 月 日 (歳)
	住所		電話() 一
	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 ・ 鼻肌	空内の喀痰吸引 ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引
天旭门 荷俚加		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
	具体的な提供内容		
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)		
	在自木民(木民用V71年、1X了时间、1X了里、在总事况中20日1)		
	その他留意事項(介語	隻職貝寺 <i>)</i> 	
		その他留意事項(看記	雙職員)
(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、障害者総合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 印

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長) 殿