

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 () -					
	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