## 介護職員等喀痰吸引等指示書

標記	の件について、下記	己の通り指示いた		示期間(	平成	年	月	日~	年	月	日)
		事業者種別	,,,	4 7 7 7 1 1 4	1 ///	<u>'</u>			<u>'</u>		, , ,
事業者		事業者名称									
対象者	氏名	于水口和		生年月日		明·	大・昭	• 平	年 (	月	月 歳)
	住所						電話	舌 (	)	_	
	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							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									
	喀痰吸引(吸引圧、			具体的な提供	<b>共内谷</b>						
指示内容	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)			1							
		1. 経鼻胃管		サイフ	< :		Fr、種	類:			
(参考)使用医療機器等		2. 胃ろう・腸ろ	うカテーテバ	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:	機種:						
		5. 気管カニューレ 6. その他		サイフ	サイズ:外径mm、長さmm						
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、該当項目に〇を付し、											
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。

平成 年 月 日

機関名 住所 電話 (FAX)

医師氏名 Ð