

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（平成 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
						(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。

平成 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