

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