

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
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、障害者自立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



(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長) 殿