

介護職員等喀痰吸引等指示書

平成 年 月 日

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	
	住所	TEL () -					
	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						
実施別行為種別		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 人工呼吸器装着者の吸引 (侵襲型・非侵襲型)					
具体的な提供内容							
指示内容	喀痰吸引 (吸引圧、吸引時間)						
	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					
		5. 気管カニューレ					
		6. その他					
緊急時の連絡先 不在時の対応法							

- 「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。
- 「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