

介護職員等喀痰吸引等研修指示書

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		事業者名称						
		受講者氏名						
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)							
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、指導看護師の指導の下、介護職が行うこと指示いたします。

平成 年 月 日

機関名

住所

電話

FAX

殿

医師氏名

印