

記入例

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。実習期間と指示期間は異なります。実習に際し、指示期間に期限はありませんが、実習は指定期日までに終了してください。↓

指示期間(平成 ○○年 ○月○○日～ ○○年 ○月○○日)

事業者		事業者名称	○○○事業所				
		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	認知症による嚥下機能低下					
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) 吸引圧:20kpa 気管カニューレ内吸引チューブ挿入の長さ○cm 鼻腔内吸引チューブ挿入の長さ○cm 吸引時間:毎食前、痰貯留時 注意事項:喀痰の性状の観察、胃チューブの抜けに注意						
	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) 栄養剤名○○ml×○回/日(○時・○時・○時) 注意事項:胃残の確認						
	その他留意事項(介護職員)	異変時は、速やかに担当看護師に報告すること					
	その他留意事項(看護職員)	毎食前に胃チューブの確認					
(参考) 使用医療機器等	①. 経鼻胃管	サイズ: 10 Fr、種類: JMS					
	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	ミニック W					
	④. 人工呼吸器	機種: ニューポート					
	⑤. 気管カニューレ	サイズ: 外径 5mm、長さ 35mm					
	⑥. その他	吸引チューブ8Fr					
緊急時の連絡先	担当看護師○○ ○○ TEL ○○○-○○○-○○○						
不在時の対応法	主治医 ○○ ○○ TEL ○○○-○○○-○○○ ←事業所の緊急連絡体制に基づき記入						

※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 ○○○クリニック
住所 東京都○○市○○○
電話 ○○○-○○○-○○○
FAX ○○○-○○○-○○○
医師氏名 ○○ ○○

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業名)
(事業所の長)

殿

印