

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 (令和 年 月 日 ~ 令和 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	電話					
	要介護認定区分	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)			
	障害支援区分	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		電話					
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「障害支援区分」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。

令和 年 月 日

機関名
 住所
 電話
 (FAX)

施設名

医師氏名



施設長名

殿