

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～ 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 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)

医師氏名

印

（登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長） 殿