

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（ 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	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。

年 月 日

機関名

住所

電話

(FAX)

医師署名（又は記名押印）

（登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長） 殿