

(別添様式2)

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 (平成 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、指示いたします。

平成 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