

介護職員等喀痰吸引等指示書

平成 年 月 日

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～平成 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	〒 TEL() -			
	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				
	実施別行為種別	喀痰吸引(<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部) 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管) 人工呼吸器装着吸引(<input type="checkbox"/> 侵襲型 <input type="checkbox"/> 非侵襲型)			
具体的な提供内容					
指示内容	喀痰吸引	(吸引圧、吸引時間)			
	経管栄養	(栄養剤内容、投与時間、投与量、注意事項など)			
	その他留意事項(介護職員など)				
	その他留意事項(看護師)				
(参考)使用医療機器など		1、経鼻胃管			
		2、胃ろう・腸ろうカテーテル			
		3、吸引器			
		4、人工呼吸器			
		5、気乾カニューレ			
		6、その他			
緊急時の連絡先					
不在時の対処法					

- 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合支援法などによる事業の種別を記載すること
- 「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載すること。

上記の通り、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

(登録喀痰吸引など(特定行為)事業者の長) 殿