様式3-2

主治医指示書（承認書）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指導者所属施設・事業所名 |  | 指導者名 |
|  |  |  |

喀痰吸引など研修事業における実地研修として、下記の利用者に対して、医師または第3号研修指導者養成修了者の指導の下、介護職員が医療的ケアを実施することを承認します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 対象利用者名 |  |  |
| ２ | 研修受講者 |  |  |
|  | 所属機関 |  |
|  | 職員名 |  |
| ３ | 指示事項 |  |  |
|  | 号 | 内容 | 備考 |
|  | １ | 口腔内の吸引 | □ |
|  | ２ | 鼻腔内の吸引 | □ |
|  | ３ | 気管カニューレ内部の吸引 | □ |
|  | ４ | 胃ろうによる経管栄養 | □ |
|  | ５ | 腸ろうによる経管栄養 | □ |
|  | ６ | 経鼻経管栄養 | □ |
|  |  |  |  |
| ４ | 指示内容 |  |  |
|  |  |
|  |
|  |
| ５ | 留意事項 |  |  |
|  |  |
|  |
|  |

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)

医師名

様式3－2の手順

1. 訪問介護事業所等より利用者主治医に依頼→②主治医記載→③訪問介護事業等が原本保管→④写しを東北福祉カレッジに送付→⑤東北福祉カレッジから指導看護師に写しを送付