

記入例

介護職員等喀痰吸引等研修指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。実習期間と指示期間は異なります。実習に際し、指示期間に期限はありませんが、実習は指定期日までに終了してください。↓

指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

事業者		事業者名称	〇〇〇事業所			
		受講者氏名	〇〇 〇〇			
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	認知症による嚥下機能低下		〇〇〇		
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、吸引チューブサイズ・挿入の長さ、注意事項等を含む) 吸引圧:〇〇kpa 気管カニューレ内吸引チューブ 〇〇Fr 挿入の長さ〇cm 鼻腔内吸引チューブ 〇〇Fr 挿入の長さ〇cm 口腔内吸引吸引チューブ 〇〇Fr 挿入の長さ 見える範囲 吸引時間:毎食前、痰貯留時 注意事項:喀痰の性状の観察、胃チューブの抜けに注意					
	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) 胃チューブ挿入の長さ 〇〇cm 投与速度 〇〇分で注入する 栄養剤名〇〇ml×〇回/日(〇時・〇時・〇時) 注入後白湯 〇〇ml					
	その他留意事項(介護職員)		異変時は、速やかに担当看護師に報告すること			
		その他留意事項(看護職員)				毎食前に胃チューブの確認
(参考) 使用医療機器等	①. 経鼻胃管	サイズ: 〇〇 Fr、種類: 〇〇				
	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: 〇〇〇〇〇				
	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	担当看護師 〇〇 〇〇 TEL 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇					
不在時の対応法	主治医 〇〇 〇〇 TEL 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇 ←事業所の緊急連絡体制に基づき記入					

※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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

機関名 〇〇〇クリニック

住所 沖縄県〇〇市〇〇〇

電話 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇

(FAX) 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇

○△訪問看護ステーション 指導看護師 殿

医師名 〇〇 〇〇 印