

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。

指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日)

事業者		事業者名称				
		受講者氏名				
対象者	氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
	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、吸引チューブサイズ・挿入の長さ、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)					
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、固定の長さ: _____ cm				
	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。

令和 年 月 日

機関名

住所

電話

(FAX)

殿

医師氏名

印