

介護職員等喀痰吸引等研修指示書

実習期間と指示期間は異なります。研修用指示書は主治医による任意の期間になります(研修用指示書に、指示期間の定めはありません)

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	××事業所	
	受講者氏名	〇〇〇〇(複数名いる時は、「上記事業所で喀痰吸引等研修を受講する介護職員等」でも可)	
対象者	氏名	生年月日	明・大・昭・平・令 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	脳梗塞後遺症	〇〇〇
実施行為種別	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引・ <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引・ <input checked="" type="checkbox"/> 気管カニユーレ内部の喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養・ <input checked="" type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 口腔内吸引：吸引チューブ 〇〇Fr 挿入の長さ 見える範囲 〇〇秒以内 鼻腔内吸引：吸引チューブ 〇〇Fr 挿入の長さ 〇〇cm 〇〇秒以内 気管カニユーレ内吸引：吸引チューブ 〇〇Fr 挿入の長さ 〇〇cm 〇〇秒以内 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) 栄養剤：〇〇〇Om l × 〇回/日(〇時、〇時、〇時) 〇〇分で注入 注入後 白湯 〇〇cc		
	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、	固定の長さ：〇〇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. 気管カニユーレ	サイズ：外径 〇〇mm、	長さ 〇〇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—〇〇〇〇	

※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
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」欄に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

事業所の緊急連絡体制に基づいて記入してください。 頁目

上記のとおり、指示いたします。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
機関名 〇〇〇〇クリニック
住所 〇〇県〇〇市〇丁目〇〇番地
電話 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
(FAX) 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
医師氏名 〇〇〇〇 印

宛先は指導看護師になります(施設の場合は、施設名)指導看護師の個人名を記入する必要はありません。

〇〇看護ステーション

指導看護師 殿