

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。研修用指示書に期限はありません。

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	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 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 気管カニューレ内吸引: 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 〇ml × 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. 気管カニューレ	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

事業所の緊急連絡体制に基づいて記入してください。

〇〇看護ステーション
指導看護師 殿