

(別紙様式34)

介護職員等喀痰吸引指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

事業者		事業者種別						
		事業者名称						
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							
実施行為種別		・口腔内吸引 ・鼻腔内吸引 ・気管カニューレ内部の吸引 ・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、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(介護職員等)							
その他留意事項(看護職員等)								
(参考)使用医療機器等		1.経鼻胃管	サイズ: _____ Fr、種類:					
		2.胃ろう・腸ろうカテーテル	種類: ボタン型・チューブ型、サイズ型 _____ 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、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」又は「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用機器欄」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 年 月 日

機関名

住所

電話

FAX

医師氏名

印

(登録喀痰吸引等(特定行為)事業者の長)

殿