

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	〒 - TEL:	
	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		
	訪問看護ステーション名		
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