**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（介護職員等） | | | |  | | | | | |
| 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、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：　　　　　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）

医師氏名

　　殿