

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。 指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

事業者	事業者種別						
	事業者名称						
対象	氏名	様	生年月日	明・大	年	月	日(歳)
	住所	電話() -					
者	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、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者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。

平成 年 月 日

しんりょう訪問介護事業所

訪問 太郎 殿

医療機関名 診療中央病院

住所 〒171-0043 東京都豊島区要町3-36-3

電話 TEL 03-3973-6161

(FAX) FAX 03-3973-2332

医師氏名 診療太郎 ㊞