

# 同意書

平成 年 月 日

下記の内容について、私は十分な説明を受け内容を理解したので、喀痰吸引等業務（特定行為業務）の実施に同意いたします。

## 【喀痰吸引等を行う介護職員等】

氏名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

## 【提供体制】

事業所名称： \_\_\_\_\_

事業所責任者氏名： \_\_\_\_\_

事業所担当者氏名： \_\_\_\_\_

担当看護職員氏名： \_\_\_\_\_

担当医師氏名： \_\_\_\_\_

## 【提供を受ける期間】

年 月 日 ~ 年 月 日

## 【喀痰吸引等（特定行為）の種類】

- 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

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

代理人・代筆者氏名： \_\_\_\_\_ 印（本人との続柄 \_\_\_\_\_）

(同席者)

事業所名： \_\_\_\_\_

事業所住所： \_\_\_\_\_

代表者名： \_\_\_\_\_ 印