

たん吸引・経管栄養の実施のための研修
同意書

平成 年 月 日

(たん吸引・経管栄養を行う者)

事業所名： _____

氏名： _____

住所： _____

(たん吸引・経管栄養を行う者を指導する者)

事業所名： _____

氏名： _____

住所： _____

私は、上記の者から、かかりつけ医、訪問看護事業所等との連携対応について説明を受け、理解したので、

たん吸引・経管栄養を行う者が

*該当する行為に○をする

□ 口腔内のたんの吸引
□ 鼻腔内のたんの吸引
□ 気管カニューレ内部のたんの吸引
□ 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

を実施することに同意します。

(たん吸引・経管栄養を受ける者)

氏名： _____ 印

住所： _____

代理人・代筆者氏名： _____ 印

(本人との続柄： _____)

*たん吸引・経管栄養を受ける者が未成年者である場合または署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合には、家族等の代理人・代筆者が記入し、署名または記名押印を行ってください。

*この同意者はたん吸引・経管栄養を行う者が保管します。

たん吸引・経管栄養を受ける者、かかりつけ医、指導者など関係機関は写しを保管することとします。