

介護職員等喀痰吸引研修実施指示書

介護職員等が法律に則り医療行為の一部である内喀痰吸引等を行えるようになるために、下記の対象者の協力を得て行われる実地研修を行って下さい。尚、対象者と医療行為内容はずぎのとおりとします。

対象者名 様

生年月日 MTSH 年 月 日

実地研修項目

	注意事項・特記事項
<input type="checkbox"/> 口腔内吸引	
<input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引	
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引	
<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	
<input type="checkbox"/> 胃ろう栄養	
<input type="checkbox"/> 腸ろう栄養	

平成 年 月 日

医療機関名

住所
電話 (fax)

医師氏名

印

研修機関名

指導看護師等 殿

介護職員等喀痰吸引指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

(注) 指示期間は最短3ヶ月、最長6ヶ月

指示期間（平成 年 月 日～ 年 月 日

主たる事業者		事業者種別 * 1								
		事業者名称								
対象者	氏名					M T S H	年	月	日	(歳)
	住所									
	要介護認定区分	要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)								
	障害者程度区分	<input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6								
	主たる疾患 (障害)									
実施行為種別		吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内					特記		
		経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻					特記		
具体的な提供内容										
指示内容	喀痰吸引									
	吸引圧	_____ K p a								
	吸引時期	<input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> 定時 (_____)								
	注意事項									
指示内容	経管栄養									
	注入栄養物									
	提供時間									
	1回提供量	_____ m l								
注意事項										
介護職員に対するほかの留意事項										
連携する看護師に対する留意事項										
使用医療機器等	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管	メーカー			サイズ			F r 鼻翼固定位置		
	<input type="checkbox"/> 経鼻十二指腸管	メーカー			サイズ			F r 鼻翼固定位置		
	<input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう	メーカー			<input type="checkbox"/> チューブ型 <input type="checkbox"/> ボタン型				mm/Fr	cm
					<input type="checkbox"/> バルーン固定				m l	
	<input type="checkbox"/> 吸引器	メーカー			機器名称					
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	メーカー			機器名称					
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ	メーカー			サイズ 外径			mm	長さ	
<input type="checkbox"/> その他										
緊急時の連絡先										
不在時の対応法										

* 1. 介護保険法、障害者総合支援法、学校教育法等による事業の種別を記載する

対象者が利用する他の事業者あるいは連携する訪問看護ステーションへの文書のコピーを許可します。

平成 年 月 日

医療機関名

住所
電話 (fax)

医師氏名

印

登録喀痰吸引等 (特定行為) 事業者の長 殿