

記入例

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。

指示書の有効期限内に注意してください(6ヶ月)

指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

事業者		事業者名称	〇〇〇〇			
		受講者氏名	△△△△			
対象者	氏名	A 様	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、注意事項等を含む) 吸引圧20kPa 吸引時間:痰貯留時、10~15秒以内 カテーテル挿入の目安 口腔〇cm、鼻腔〇cm 注意事項:喀痰の性状の観察					
	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) ラコール100mlを30分かけて注入して下さい。50滴/分(6時、12時、18時) 注入後白湯30mlをフラッシュ(用手注入) 注意事項:胃ろう部の漏れ、嘔気・嘔吐の観察					
	・滴下数も記入してください。 ・栄養剤は滴下のものをご使用下さい。					
	その他留意事項(介護職員)					
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	〇〇〇〇〇〇				
	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。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
機関名 〇〇クリニック
住所 × × × ×
電話 × × × ×
(FAX) × × × ×
医師氏名 〇〇〇〇 印

指導看護師所属事業所の長 殿