

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

また本人に関する登録喀痰吸引等事業者に限り本指示書をコピー使用することを許可する。

指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

利用者氏名 <small>(ふりがな)</small>		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生 (歳)		
要介護区分	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)		
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			

※ 「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。

(京都府医師会 様式2-2)

事業者 1	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 2	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 3	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 4	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 5	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 6	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 7	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 8	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 9	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 10	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 11	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 12	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 13	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 14	事業者種別	
	事業者名称	
事業者 15	事業者種別	
	事業者名称	

※「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。

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