（参考様式）

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り 指示いたします。

指示期間(　　年　　月　　日～　　年　　月　　日)

事業者	事業者種別		
	事業者名称		
対象者	氏名		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)		
	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)		
(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		
	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。

年　　月　　日

機関名
住所
電話
(FAX)

医師氏名　　㊞

(登録喀痰吸引等(特定行為) 事業者の長)　　殿