(参考様式３)

**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（令和　　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 | ℡（　　　　　　）　－ | | | | |
| 要介護認定区分 | 要支援（　１　２　）　要介護（　１　２　３　４　５　） | | | | |
| 障害支援区分 | 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 |  | | |  |  |
| 実施別行為種別 | | 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 | | | | |
| 具体的な提供内容 | | | | | | |
| 指示内容 | 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 | | |  | |
| ５．気管カニューレ | | |  | |
| 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、障害者総合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「障害支援区分」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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

機関名

住所

電話

（FAX）

医師氏名

(登録喀痰吸等（特定行為）事業者の長)　　　殿